



Составитель:

Л. М. Шипицына,
д-р биол. наук, проф.,
ректор Международного университета семьи и ребенка
имени Рауля Валленберга,
завкафедрой специальной психологии СПбГУ

В пособии представлены современные клинические, психологические и педагогические представления по диагностике и коррекционному обучению детей с ранним детским аутизмом (РДА).

Приводятся работы отечественных авторов и обзоры зарубежных публикаций по данной проблеме. Рассматриваются особенности обучения детей с РДА и различные виды терапии, применяемые в настоящее время в разных странах.

Пособие рекомендуется для студентов, обучающихся специальной педагогике и психологии, а также может быть использовано в работе практических психологов, дефектологов, логопедов.

ISBN 5-8290-0316-3

© Международный университет семьи и ребенка им. Р. Валленберга, 1997

© Л. М. Шипицына, составитель, 1997

ОТ СОСТАВИТЕЛЯ

Ранний детский аутизм (РДА) - это отклонение в психическом развитии ребенка, главным проявлением которого является нарушение общения ребенка с окружающим миром. Причины возникновения аутизма разнообразны. Чаще всего это патология так называемого «шизофренического спектра», реже - особая органическая недостаточность ЦНС (хромосомная, наследственно-обменная, возможно, и внутриутробная). Не исключено, что РДА может возникнуть и как самостоятельная аномалия психической конструкции, обусловленная наследственностью.

Российской статистики по РДА не существует. В других странах частота РДА оценивается от 5 до 15—20 на 10 тыс. детского населения. В США насчитывается 300—400 тыс. детей, страдающих РДА, т. е. по частоте РДА находится на 4 месте среди различных видов хронической нервно-психической патологии у детей после умственной отсталости, эпилепсии и детского церебрального паралича.

Актуальность проблемы РДА обусловлена не только высокой частотой данной патологии развития, но и большим процентом инвалидов детства. Как показывает отечественный и зарубежный опыт ранняя диагностика, длительная комплексная адекватная медико-психолого-педагогическая коррекция дает возможность большинству аутичных детей обучаться в школе, нередко обнаруживая одаренность в отдельных областях знаний и искусстве.

Систематическая комплексная психолого-педагогическая коррекция детей-аутистов возможна лишь в специально организованных условиях, когда имеется возможность проследить динамику развития каждого ребенка, начиная с раннего возраста.

Комплексная коррекционная работа с аутичными детьми включает в себя психологическую и педагогическую коррекцию, выявление и развитие творческих способностей детей, развитие речи и коммуникативных навыков, общей и тонкой моторики, а также систематическую работу с родителями.

В зависимости от уровня развития нервной системы, знаний и умений аутичного ребенка, характера его пристрастий и интересов создается индивидуальная программа его обучения, по которой одному ребенку облегчается программа массовой школы по математике, другому - по русскому языку, а остальные - обучаются по программам специальных (коррекционных) школ для детей с нарушением интеллекта или задержкой психического развития.

Индивидуальные планы занятий составляются или пересматриваются несколько раз в течение года при участии родителей, чьи цели и взгляды относительно судьбы детей учитываются в первую очередь.

Успех коррекционной работы с аутичным ребенком зависит от координации действий родителей, врача, психолога и педагога. Клинические данные и исследования психолога позволяют раскрыть перед педагогом структуру нарушения психического развития аутичного ребенка. Опираясь на эти данные, педагог определяет конкретные задачи обучения, вырабатывает методы работы.

В Западной Европе, США, Японии, где коррекцией аутизма занимаются уже давно, педагоги, психологи и врачи достигли больших успехов в лечении, обучении и социальной адаптации таких детей. В нашей стране практическое решение вопроса об оказании помощи широкому контингенту детей с этим отклонением психического развития находится на самой начальной стадии развития.

В настоящее время во всех медицинских классификациях аутические нарушения у детей выделены в отдельные рубрики. В разных странах работают десятки научных лабораторий и клиник, изучающих причины и механизмы этой патологии, разрабатывающих медикаментозные и психолого-педагогические методы коррекции, имеются различные ассоциации и общества, оказывающие помощь и поддержку в воспитании и обучении аутичных детей.

В нашей стране уже несколько лет работают ассоциации родителей аутичных детей в Москве и Санкт-Петербурге. Более 10 лет назад д-р психол. наук К. С. Лебединской в Институте дефектологии в Москве было создано научно-практическое направление по организации помощи аутичным детям, которое в настоящее время успешно развивается канд. психол. наук. О. С. Никольской и ее сотрудниками. В Санкт-Петербурге в Институте психотерапии и консультирования «Гармония» под руководством д-ра мед. наук В. Е. Когана организованы специальные группы по работе с аутичными детьми и семьями. В них работают психиатры, психологи, психотерапевты, арт-терапевты, музыкотерапевты, логопеды, дефектологи.

Третий год на базе комплекса детский сад № 14 - начальная школа Центрального района Санкт-Петербурга успешно функционируют группы по обучению и воспитанию аутичных детей под научным руководством и консультированием д-р мед. наук., проф. Е. С. Иванова.

Однако для такой большой страны, как Россия, этих «ростков» для оказания помощи аутичным детям явно недостаточно.

Отсутствие у педагогов и психологов общеобразовательных и специальных (коррекционных) учреждений необходимых медико-психолого-педагогических знаний не позволяет правильно проводить работу по обучению и воспитанию ребенка с РДА. Ситуация усугубляется тем, что в стране не осуществляется целенаправленная подготовка специалистов для работы с такими детьми на факультетах психологии, педагогики и специального образования в вузах.

В курсы «Психопатология детского возраста» и «Специальная психология» включены темы по детскому аутизму и в единичных случаях студентам читаются небольшие спецкурсы по этой проблеме.

Трудности в подготовке кадров для работы с аутичными детьми связаны еще и с тем, что почти полностью отсутствует в стране специальная литература, к которой мог бы обратиться студент, педагог, психолог, родители. Имеются лишь изданные небольшим тиражом книги единичных авторов (К. С. Лебединская, О. С. Никольская, Е. Р. Богенская и др., 1989; К.С.Лебединская, О.С.Никольская, 1991; В. Е. Каган, 1996), в которых представлены не

только научные и экспериментальные данные, но и практические советы по помощи аутичным детям и их семьям. Всего этого крайне недостаточно. Инициатива отдельных специалистов-ученых и практиков, ассоциаций и обществ не в состоянии сегодня кардинально изменить положение.

Назрела необходимость включения в государственную программу разработки специальных мер по организации комплексной помощи аутичным детям и подготовки педагогов, психологов, реабилитологов для работы с ними.

Однако настоящие социально-экономические условия в России вряд ли будут содействовать быстрому решению этой проблемы. Поэтому, исходя из реалий сегодняшнего дня, следует объединить имеющийся в стране и за рубежом опыт в работе с аутичными детьми и их семьями. Этой цели служит составленная нами настоящая хрестоматия.

Хрестоматия представляет собой учебное пособие к спецкурсу «Детский аутизм» для студентов, обучающихся по специальностям «специальная психология», «коррекционная педагогика», «логопедия» и др., а также для слушателей специальных факультетов по переподготовке работников в области специального образования и практической психологии. Кроме того, хрестоматия может быть полезна для самостоятельной работы детских психологов, дефектологов, социальных педагогов-реабилитологов, логопедов, детских психиатров, родителей.

Представленный в хрестоматии материал отечественных авторов и обзор иностранной литературы позволяет дать современные представления об основных клинических и психолого-педагогических направлениях диагностики, коррекции, социальной адаптации и интеграции в общество аутичных детей, особенностях специальной работы с их родителями. Тексты представляют собой как отрывки и извлечения из статей, монографий, сборников работ, научно-популярной литературы для родителей и педагогов, так и переводы работ зарубежных авторов.

Основное внимание при отборе текстов для хрестоматии было уделено психолого-педагогическим аспектам коррекционной работы с аутичными детьми. Это особенно важно, поскольку медицинские аспекты достаточно полно представлены в клинических руководствах по детской психиатрии и психотерапии.

В хрестоматии представлены работы специалистов в области коррекционной педагогики, медицинской и специальной психологии, детской психиатрии: В. В. Лебединского, К. С. Лебединской, О. С. Никольской, А. С. Спиваковой, В. М. Башиной, В. Е. Кагана, М. М. Либлинг, И. Петерса, обзоры иностранной литературы, подготовленные Л. М. Ши-пицыной, И. Л. Первой, Е. Д. Кесаревым.

В конце хрестоматии приводится список рекомендуемой литературы по проблеме аутичных детей, в которой читатели смогут найти более подробное освещение интересующих их вопросов.

Можно надеяться, что изучение включенных в хрестоматию работ отечественных и зарубежных авторов позволит читателям получить достаточно полное представление об основных проблемах диагностики, патологических механизмах, классификации и комплексной коррекции детей с РДА, а также окажет помощь в разработке специальных путей и методов обучения и воспитания таких детей, в ходе их психолого-педагогической и социальной адаптации и интеграции.

Профессор *Л. М. Шипицына*

Раздел I

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОГО АУТИЗМА. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, КЛАССИФИКАЦИЯ

В. В. Лебединский

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Г. Е. Сухарева (1959) с позиций патогенеза нарушений развития личности различает три вида психического дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие, Л. Каннер (1955) - недоразвитие и искаженное развитие. Клинически близкой к классификациям Л. Каннера и Г. Е. Сухаревой является классификация нарушений психического развития. Необратимое недоразвитие связывается автором с моделью олигофрении; дисгармоническое развитие - с психопатией; регрессирующее развитие - с прогрессирующими дегенеративными заболеваниями, злокачественной эпилепсией; альтернирующее развитие, включающее состояния асинхронии как в виде ретардации, так и акселерации и наблюдаемое, по мнению автора, при самой различной соматической и психической патологии; и наконец, развитие, измененное по качеству и направлению, наблюдаемое при шизофреническом процессе.

По мнению Г. К. Ушакова (1973) и В. В. Ковалева (1979), основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются два: 1) ретардация, т. е. замедление или стойкое психическое недоразвитие, как общее, так и парциальное, и 2) асинхрония как неравномерное, дисгармоническое развитие, включающее признаки ретардации и акселерации.

По нашему мнению, психический дизонтогенез может быть представлен следующими вариантами:

- 1) недоразвитие;

- 2) задержанное развитие;
- 3) поврежденное развитие;
- 4) дефицитное развитие;
- 5) искаженное развитие;
- 6) дисгармоническое развитие.

В этой классификации, в основу которой положены классификации дизонтогенеза Г. Е. Сухаревой (1959) и Л. Каннера (1957), мы сочли целесообразным добавить как самостоятельные варианты задержанное, дефицитное и дисгармоническое развитие.

Предлагаемая классификация дифференцирует отдельные варианты аномалий, исходя из основного качества нарушения развития. Выделяется группа аномалий, вызванных отставанием развития: искаженное и дисгармоническое развитие; и, наконец, группа аномалий, вызванных поломкой, выпадением различных функций: поврежденное и дефицитное развитие.

Для дизонтогенеза по типу общего стойкого недоразвития наиболее типично раннее время поражения, когда имеет место выраженная незрелость мозговых систем, в первую очередь наиболее сложных, обладающих длительным периодом развития.

Типичным примером стойкого недоразвития является олигофрения. Экстенсивность поражения, связанная с генетическими пороками развития, диффузным повреждением незрелого мозга при ряде внутриутробных, родовых и ранних постнатальных воздействий, обуславливает первичность и тотальность недоразвития мозговых систем. Вторичный же дефект имеет сложный «кольцевой» характер. Он формируется, как указывалось выше, за счет недостаточности воздействия со стороны наиболее страдающих высших психических функций (ведущая координата недоразвития - «сверху-вниз»), а также в определенной мере и недостаточности воздействия дефектных базальных функций на высшие (координата «снизу-вверх»).

Характерна выраженная инертность психических процессов с фиксацией на примитивных ассоциативных связях, с трудностью их перестройки. Формирование иерархических связей грубо затруднено. В асинхронии развития преобладают явления ретардации. Различные функции недоразвиты неравномерно. Наиболее выражена недостаточность высших психических функций и меньше - базальных: развитие интеллекта, как правило, страдает в большей степени, чем речи, а последняя нарушена больше, чем восприятие, память, моторика, элементарные эмоции.

Для психического дизонтогенеза по типу задержанного развития характерно замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах.

Задержанное психическое развитие может быть вызвано генетическими факторами, соматогенными (хронические соматические заболевания), психогенными (неблагоприятные условия воспитания), а также церебрально-органической недостаточностью, чаще резидуального характера (инфекции, интоксикации, травмы мозга внутриутробного, натального и раннего постнатального периода). При этом задержка раз-

вития эмоциональной сферы проявляется в различных клинических вариантах инфантилизма (конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического). Замедление же темпа познавательной деятельности при соматических заболеваниях будет связано с хронической астенией (общей повышенной истощаемостью), при психогенных формах - в большей мере с явлениями микросоциальной и педагогической запущенности, при церебрально-органических, наиболее часто приводящих к трудностям в обучении, с одной стороны, с нейродинамическими (в первую очередь церебралестеническими) и энцефалопатическими (психопатоподобными, эпилептиформными и др.) расстройствами, а в ряде случаев - и с первичной недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций (праксиса, гнозиса, речи, памяти и т. д.).

Характерна мозаичность поражения, при которой наряду с дефицитными функциями имеются и сохранные. Наблюдается инертная фиксация более элементарных связей, преимущественно в базальных звеньях, что ведет к временной задержке инволюции более ранних форм. Явления асинхронии связаны с тем, что первичный дефект чаще нарушает развитие отдельных базальных звеньев психических процессов, высшие же уровни страдают вторично (ведущая координата нарушения развития - «снизу-вверх»).

Парциальность поражения - с недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций и большей сохранностью высших регуляторных систем, преимущественно нейродинамического характера, отличает задержанное развитие от стойкого психического недоразвития по типу олигофрении и определяет лучший прогноз динамики развития и коррекции.

Поврежденное развитие имеет ту же этиологию (наследственные заболевания; внутриутробные, натальные и постнатальные инфекции, интоксикации и травмы ЦНС), что и органическое недоразвитие психики либо задержанное. Основное отличие патогенеза связано с более поздним (после 2—3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована и их недостаточность проявляется в признаках повреждения.

Следует отметить, что компонент повреждения присутствует почти при всех видах аномального развития. Однако при других видах дизонтогенеза он является либо осложняющим фактором (например, при недоразвитии по типу осложненной олигофрении), либо пусковым механизмом, например в случае замедления темпа развития, и т. д.

Характерной моделью поврежденного развития является положительная деменция. При ее возникновении в относительно раннем детском возрасте характер дизонтогенеза определяется сочетанием грубого повреждения ряда сформированных психических функций с недоразвитием онтогенетически более молодых образований (лобных систем). В более старшем детском возрасте может иметь место и первичное повреждение лобных систем.

Страдают лобно-подкорковые взаимоотношения. Наряду с выпадением отдельных частных корковых функций прежде всего отмечаются расстройства эмоциональной сферы, нередко с расторможением влечений, тяжелые нарушения целенаправленной деятельности и личности в целом. Повреждение ведет к явлениям изоляции отдельных систем, распаду сложных иерархических связей, нередко с грубым регрессом интеллекта и поведения.

Особый вид дизонтогенеза представляет собой дефицитарное развитие, связанное с тяжелыми нарушениями (грубым недоразвитием либо повреждением) отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, а также рядом инвалидирующих хронических соматических заболеваний. Первичный дефект анализатора либо определенной соматической системы ведет к недоразвитию функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда других функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Эти нарушения развития частных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Таким образом, преимущественной координатой нарушений развития является координата «снизу-вверх». Асинхрония проявляется в разной степени недоразвития одних анализаторных систем при сохранности других. Дефицитарность отдельных сенсорных и моторных систем способствует возникновению явлений изоляции. Так, нарушение зрения приводит к недоразвитию координации между речью и действием.

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитарному типу связан с глубиной поражения данной функции. Однако решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы, других сенсорных и регуляторных систем. Дефицитарное развитие при нарушениях отдельных сенсорных систем дает наиболее яркие примеры компенсации за счет сохранности других каналов связи и интеллектуальных возможностей. Эта компенсация осуществляется в условиях адекватного воспитания и обучения. В случае недостаточности коррекционной работы возникают явления депривации, приводящие к нарушению развития как познавательной деятельности, так и в личности ребенка.

При искаженном развитии наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие к ряду качественно новых патологических образований.

Искаженное развитие чаще свойственно ряду процессуальных наследственных заболеваний.

Наиболее характерной моделью является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма. Его этиология и патогенез неясны. В значительной части случаев речь идет о ранней детской шизофрении.

В последнее время все чаще высказывается мнение о связи этой аномалии развития и с органическим поражением мозга. Для искаженного развития характерна наиболее выраженная асинхрония. В процессе формирования психических функций наблюдается иная иерархия в последовательности развития отдельных систем, в значительной мере противоположная нормальному онтогенезу: так, преждевременное развитие речи значительно обгоняет формирование локомоторных функций, а в

более старшем возрасте развитие вербального интеллекта парадоксально опережает становление предметных навыков. Большое значение в искаженном дизонтогенезе имеют явления изоляции: функции, развивающиеся ускоренно, не «подтягивают» развитие других. Формируясь на собственной узкой основе, в более тяжелых случаях они «зацикливаются», что приводит к явлениям стереотипии в речи, игровых действиях и т. д. Даже при шизофренической природе раннего аутизма явления дизонтогенеза нередко выражены больше, чем симптомы болезни. Однако последним также принадлежит определенная роль в формировании дизонтогенеза. Так, возникновение аутизма, особенно на ранних этапах развития, в большей мере не обусловлено диффузными страхами окружающего. Выраженный дефицит общения в свою очередь является важнейшим тормозом социального развития больного ребенка.

Дисгармоническое развитие по своей структуре в определенной мере напоминает искаженное развитие. Это сходство состоит в сочетании явлений ретардации одних систем с парциальной акселерацией других. Наблюдается и сходное с искаженным развитием нарушение иерархии в последовательности развития ряда психических функций. Отличие дисгармонического развития от искаженного развития состоит в том, что основой этого вида дизонтогенеза является не текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные виды искаженных межфункциональных связей, а врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Эта диспропорциональность, обуславливая формирование ряда аномальных вариантов личности, для которых, по Г. Е. Сухаревой, характерна «неадекватная реакция на внешние средовые раздражители, вследствие чего более или менее нарушено поведение и затруднена активная приспособляемость к окружающей среде» (1959, С. 38).

Моделью дисгармонического развития является ряд психопатий, в первую очередь конституциональных, большей частью наследственно обусловленных, а также так называемые патологические формирования личности (О. В. Кербиков, 1960, 1965; В. В. Ковалев, 1969, 1979) в результате неправильных условий воспитания.

Отсутствие как грубых психопатологических расстройств, так и прогрессирования нарушений развития, характерных для текущего болезненного процесса, ограниченность дизонтогенеза преимущественно личностной сферой переносят акцент ряда закономерностей становления данной аномалии развития с биологического фактора на социальный. Степень выраженности психопатии и даже само ее формирование в значительной мере зависят от условий воспитания и окружения ребенка. Трудности социального приспособления способствуют формированию ряда компенсаторных и псевдокомпенсаторных образований (Г. Е. Сухарева, 1959; А. Е. Личко, 1977; В. В. Ковалев, 1979 и др.)

Таковы, на наш взгляд, основные варианты психического дизонтогенеза у детей.

Как показывают клинические данные, при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза. Например, при ранней детской шизофрении можно наблюдать как задержанное и искаженное развитие, так и более грубую форму - недоразвитие (так называемой «олигофренический плюс») и

даже поврежденное развитие (при злокачественном течении процесса). Эта особенность позволяет рассматривать отдельные варианты дизонтогенеза не как самостоятельные независимые образования, а скорее как синдромы аномального развития, которые нередко могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-либо ведущего.

При более подробном далее рассмотрении отдельных вариантов дизонтогенеза мы не стремились к воссозданию полной клинико-психологической структуры заболевания и даже вызванной им аномалии развития, а старались показать ряд закономерностей, характерных для того или иного типа дизонтогенеза.

НАРУШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Специфические расстройства развития речи

Специфические расстройства артикуляции речи

Расстройство экспрессивной речи

Расстройство рецептивной речи

Приобретенная афазия с эпилепсией (синдром Ландау-Клеффнера)

Другие расстройства развития речи

Расстройства развития речи, неуточненное

Специфические расстройства развития школьных навыков

Специфическое расстройство чтения

Специфическое расстройство спеллингования

Специфическое расстройство навыков счета

Смешанное расстройство школьных навыков

Другие расстройства школьных навыков

Расстройство развития школьных навыков, неуточненное

Специфическое расстройство развития двигательных функций

Смешанные специфические расстройства Общие расстройства развития

Детский аутизм

Атипичный аутизм

Синдром Ретта

Другое дезинтегративное расстройство детского возраста

Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

Синдром Аспергера

Другие общие расстройства развития

Общее расстройство развития, неуточненное

Другие расстройства психологического развития

Неуточненное расстройство психологического развития

ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

Общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет, и аномальным функционированием во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения. У мальчиков расстройство развивается в 3-4 раза чаще, чем у девочек.

Диагностические указания:

Предшествующего периода несомненно нормального развития обычно нет, но если есть, то аномалия выявляются в возрасте до 3 лет. Всегда отмечаются качественные нарушения социального взаимодействия. Они выступают в форме неадекватной оценки социо-эмоциональных сигналов, что заметно по отсутствию реакций на эмоции других людей и/или отсутствию модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией; плохо используются социальные сигналы и незначительная интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения; особенно характерно отсутствие социо-эмоциональной взаимности. Равным образом в форме отсутствия социального использования имеющихся речевых навыков; нарушений в ролевых и социально-имитационных играх; низкой синхронности и отсутствия взаимности в общении; недостаточной гибкости речевого выражения и относительного отсутствия творчества и фантазии в мышлении; отсутствия эмоциональной реакции на вербальные и невербальные попытки других людей вступить в беседу; нарушенного использования тональностей и выразительности голоса для модуляции общения; такого же отсутствия сопровождающей жестикуляции, имеющей усилительное или вспомогательное значение при разговорной коммуникации. Это состояние характеризуется также ограниченными, повторяющимися и стереотипными поведением, интересами и активностью. Это проявляется тенденцией устанавливать жесткий и раз и навсегда заведенный порядок во многих аспектах повседневной жизни, обычно это относится к новым видам деятельности, а также к старым привычкам и игровой активности. Может наблюдаться особая привязанность к необычным, чаще жестким предметам, что наиболее характерно для раннего детского возраста. Дети могут настаивать на особом порядке выполнения ритуалов нефункционального характера; может иметь место стереотипная озабоченность датами, маршрутами или расписаниями; частыми являются моторные стереотипии; характерно проявление особого интереса к нефункциональным элементам предметов (таким, как запах или осязательные качества поверхности); ребенок может противиться изменениям заведенного порядка или деталей его окружения (таких, как украшения

или мебелировка дома). Помимо этих специфических диагностических признаков дети с аутизмом часто обнаруживают ряд других неспецифических проблем, таких, как страхи (фобии), нарушения сна и приема пищи, вспышки гнева и агрессивность. Достаточно часты самоповреждения (например, в результате кусания запястий), особенно при сопутствующей тяжелой умственной отсталости. Большинству детей с аутизмом не хватает спонтанности, инициативности и творчества в организации досуга, а при принятии решений им трудно использовать общие понятия (даже когда выполнение задач вполне соответствует их способностям). Характерные для аутизма специфические проявления дефекта меняются по мере роста ребенка, но на протяжении зрелого возраста этот дефект сохраняется, проявляясь во многом сходным типом проблем социализации, общения и интересов. Для постановки диагноза аномалии развития должны отмечаться в первые 3 года жизни, но сам синдром может диагностироваться во всех возрастных группах.

При аутизме могут быть любые уровни умственного развития, но примерно в трех четвертях случаев имеется отчетливая умственная отсталость.

Включаются:

- аутистическое расстройство;
- инфантильный аутизм;
- инфантильный психоз;
- синдром Каннера.

Дифференциальный диагноз:

Помимо других вариантов общего расстройства развития важно учитывать: специфическое расстройство развития рецептивной речи с вторичными социо-эмоциональными проблемами; реактивное расстройство привязанности или дезингибированное расстройство привязанности; умственную отсталость с некоторыми сопутствующими эмоциональными или поведенческими нарушениями; шизофрению с необычно ранним началом; синдром Ретта.

Исключается:

- аутистическая психопатия.

АТИПИЧНЫЙ АУТИЗМ

Тип общего расстройства развития, который отличается от аутизма либо возрастом начала, либо отсутствием хотя бы одного из трех диагностических критериев. Так, тот или иной прирост аномального и/или нарушенного развития впервые проявляется только в возрасте после 3-х лет; и/или здесь отсутствуют достаточно отчетливые нарушения в одной или двух из трех психопатологических сфер, необходимые для диагноза аутизма (а именно, нарушения социального взаимодействия, общения и ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение) вопреки характерным аномалиям в другой сфере(ах). Атипичный аутизм наиболее часто возникает у детей с глубокой умственной отсталостью, у которых очень низкий уровень функционирования обеспечивает небольшой простор для проявления специфического отклоняющегося по-

ведения, требуемого для диагноза аутизма; он также встречается у лиц с тяжелым специфическим расстройством развития рецептивной речи. Атипичный аутизм, таким образом, представляет собой состояние, значительно отклоняющееся от аутизма.

Включаются:

- умеренная умственная отсталость с аутистическими чертами;
- атипичный детский психоз.

Ван Кревелен

К ПРОБЛЕМЕ АУТИЗМА

Со времени описания Л. Каннером (1943) раннего инфантильного аутизма (РИА) интерес к этой проблеме резко возрос. В 1953 году я описал историю девочки, которую с полным основанием диагностировал как РИА. Возражений на эту публикацию не последовало. Я должен был признать, что подобные случаи знакомы мне давно. Сегодня диагноз аутизма не столь уж редок. Публикуя историю болезни своей юной пациентки, я не мог не удивиться тому, что Л. Каннер за несколько лет увидел 50 аутистов, тогда как в Европе это состояние вовсе не было описано. С другой стороны, я не мог не признать, что описанный Л. Каннером синдром встречается и в Европе. Но частота диагностики в разных странах Атлантики очень различна. Во второй публикации мне пришлось отметить, что наше критическое чувство (видимо европейское) сильно переоценивают. Многие попадавшие ко мне больные не соответствовали точным описаниям Каннера и не были похожи на описанную мной больную. Мне казалось, что нельзя назвать аутизм возникающим беспричинно, особенно тогда, когда неврологическое обследование неопровержимо доказывало, что так называемый аутизм был остаточным явлением перенесенного энцефалита. Меня беспокоила перспектива аутизма стать модным диагнозом. Диагностика аутизма влечет за собой лечебные мероприятия, а потому должна быть осторожной.

Какова типичная картина каннеровского аутизма? Болезнь может проявляться уже в первые месяцы

жизни. Мать может обратить внимание, что ребенок не тянется на руки. Уже в первых языковых проявлениях обнаруживается нарушение контакта. Развитие речи у большинства больных отстает, но даже если это и не так, то речь не становится средством общения. Некоторые авторы выводят отсюда, что недостаток потребности в контакте способствует речевому отставанию.

Речь обнаруживает характерные особенности. Понятие «я» этим детям чуждо. Они говорят о себе во 2-м или 3-м лице, как это делают их родители по отношению к ним. Соответственно понятие «я» обозначает для них родителей. Другая характеристика речи - фотографичность, то, что Трамер, следуя Каннеру, назвал «отсроченной эхололией». Ребенок, казалось бы, не воспринимающий окружающего, в один прекрасный день удивляет родителей воспроизведением, пусть повторяющимся механическим, когда-то слышанных фраз. Речь становится фактически механической. Механическая память у них хорошая. Дети, благодаря этому, кажутся умнее сверстников, так что родители склонны переоценивать их и считать вундеркиндами. Внешний облик детей лишен детскости, выражение лица описывалось как осмысленное, но я думаю, что уместнее говорить о задумчивом, вглядывающемся выражении. Дилетанту тяжело разглядеть, в противоположность большинству слабоумных детей, в расторможенности таких детей принадлежность к этому синдрому. По внешнему облику эти дети выглядят умственно нормальными или превышающими норму, но тут-то и кроется основная ошибка, влекущая за собой значительные последствия. По мнению многих авторов, ощущение (восприятие) жизни связано для многих этих детей с тревогой. Бросается в глаза безразличие к людям и интерес к предметам, лучу солнца, пище, игрушкам, частям своего тела. По Каннеру, эти дети много играют. Играя, они могут относительно концентрироваться и производить впечатление осмысленной игры, особенно, когда что-то напевают себе под нос.

Они требуют поддержания и сохранения тождественной обстановки. Переставив мебель или спрятав игрушку, легко вывести ребенка из себя. Он успокоится только тогда, когда все будет приведено в порядок, с точки зрения родителей означающий беспорядок. Как указывалось, невосприимчивость к людям находится на первом плане. Взрослый приобретает какое-то значение для ребенка лишь как обладатель какого-либо предела - сверкающей драгоценности, часов, авторучки. Это предметы, фиксирующие внимание ребенка. Итак, не предмет характеризует человека, а человек становится частью предмета, ребенок подчиняется не человеку, а его вещам. Плентер превосходно описал это превращение человека в предмет. Взрослого охватывает неприятное чувство «обесчеловечивания» его. В мире ребенка он может участвовать лишь, исполняя отведенную ему ребенком роль как части предмета.

Каннер обращал внимание на характерные особенности родителей таких детей. Обычно это люди с высшим образованием. Отцы стояли на высоком социальном уровне, родители обычно принадлежали к светским кругам. Но всем казалось обращающим внимание, что они стараются быть близкими, чувствуют себя более чем хорошими, размышляют о себе. В жизни этих семей не хватает тепла. Супружество было для них формальным предприятием без всяких следов романтичности. Казалось, что родители жалеют об отсутствии нужды в общении с близкими. Яркие аффективные расстройства у ребенка проявлялись у их родителей в замаскированной форме. На эти явления указывал Каннер,

не определяя, однако их связей. Наблюдения Каннера соответствуют действительности - ни в наблюдениях Плентера, ни в моих эта связь не интерпретировалась просто и однозначно. Трудно предположить, что аутизм передается по наследству из поколения в поколение; более вероятно, что он связан с оскудением чувств матери. Впоследствии матери все больше отдаляются от таких детей. Впрочем, остается неясным было уже отдаление матери от ребенка отказом от дальнейших поисков контакта. Если отход матери первичен - то встает вопрос о его формировании, о ее контакте со своей матерью и об интерпретациях этой связи. Этим вопросом, не исключая никаких возможностей, занимался Гревель; он склонен был возлагать вину за нарушения у ребенка на мать. Предположенная Каннером связь этого рода согласуется с гипотезой о развитии социальности ребенка, благодаря общению с матерью. Если пойти дальше и объединить в понятии аутизм все разнообразные проявления состояний, объединяющихся тем, что в раннем возрасте ребенок не имел необходимого ухода и контакта с матерью, - возникал вопрос - являются ли эти дети аутистами в понимании Каннера.

Понятие аутизм претерпело свое развитие, на котором я хочу остановиться. Блейер считал аутизм симптомом шизофрении. Аутизм - способ существования больного, уклоняющегося от реальных закономерностей мира. Больной в ирреальном мире, где господствуют лишённые связи с жизнью мысли о жизни, этот способ мышления был назван аутистическим. Иными словами, аутизм - не самостоятельное заболевание, не нозологическая единица, а симптом шизофренического психоза.

Мы заметили, что Каннер, называя аутизмом описанные им состояния, связывал их с шизофренией. Аутизм у него не преобладающий над другим симптомами, он шизофрения *suigeneris* как она проявляет себя в раннем возрасте. Итак, аутизм - та же шизофрения. Но главная особенность состоит не в потере контакта с реальностью, а в недостаточности контакта с людьми. Аутизм при этом приобретает более широкий смысл, расширяясь до самостоятельного понятия. Это дает повод различать аутизм как следствие аффективной стертости - в первоначальном значении, и псевдоаутизм. Нетрудно представить, что неразговаривающий ребенок может быть принят за аутиста, но уловить различие этих понятий в общем нетрудно. Характерный шизофренический аутизм существенно отличается от описаний Каннера. Я имею в виду синдромы, при которых можно наблюдать явно аутистическое поведение, не определяющее, однако картину заболевания и его течение. Здесь аутизм играет второстепенную роль и не определяет симптоматику, как в случаях Каннера. Мне представляется неверным называть таких больных аутистами. Среди них так много больных с описанием Thiele взрывами возбуждения, что уже по одному этому можно подумать о постэнцефалитическом состоянии. Неврологическое исследование полностью подтверждает эту догадку. Если осложнения были не очень велики, то положение еще более осложнялось, благодаря описанию Аспергером совершенно иной категории больных, которых он назвал

аутистическими психопатами. Думаю, что отождествление аутизма Каннером и

Аспергером было недопустимой ошибкой. Описанные Аспергером состояния представляют собой «крайний вариант мужского характера». Единственное сходство с аутизмом Каннера состоит в том, что их родители странноваты, формальны, утомляемы и внутренне скованы. Если пациентов Каннера я знаю по литературе (его описания очень ясны), то аутистических психопатов Аспергера я имел возможность наблюдать и изучать сам. Хочу коротко описать эти картины. Первое их отличие в том, что аутистические психопаты в отличие от РИА проявляются в трехлетнем возрасте с началом преобладания, как указывал Аспергер, кортикальных функций. Аутистический психопат имеет и переносит трудности при попытках регламентации его поведения. В семье это еще более или менее компенсировано (аутистические психопаты часто единственные дети), но в школе это выявляется особенно ярко, нарушения могут быть самыми сложными. Недостаток дисциплины не самая большая беда. Они лишены детскости. Во всем их облике есть нечто старческое, «графичное». Их поведение не по годам разумно, круг их интересов не по годам шире обычного возрастного. Они оригинальны в своих мнениях, самобытны в поведении. Если они талантливы, а это - не редкость, - то их интересы оригинальны, среди них можно найти естествоиспытателей, экспериментаторов, изобретателей в будущем. Их личность богата и лишена необходимой связи с реальностью. В быту они непрактичны и неловки. Уже будучи в школе они часто не в состоянии завязать шнурки или галстук. Движения угловаты. Игры со сверстниками их не привлекают. Они вынуждены развлекать сами себя, много читают. Если они играют с игрушками - создается впечатление механической игры, в ней нет обычной детскости. Они могут давать аффективные вспышки, не только в классе, но и в играх. Из-за своих недетских интересов, заумных способов выражения неловкости и особенностей - они бывают с трудом принимаемы в обществе детей, скорее всего становясь мишенью для насмешек. Проявления чувств бедны. Они склонны придерживаться своего мнения и способов, не считаясь с мнением старших. Аспергер говорит о впечатлении витания в мире грез, о бедной мимике, монотонной «гулкой» (как в пустом помещении) речи, непочтении ко взрослым, неприятии ласк, о наступающей потом сексуальной дисгармонии. С другой стороны, Аспергер отметил отчаянную приверженность к домашнему очагу. Бросается в глаза любовь к животным. Некоторых людей они воспринимают довольно дифференцированно. Итак, было бы несправедливо говорить об оскудении у них чувств. Они качественно иные, и это Аспергер назвал аутизмом. При более подробном рассмотрении описаний Аспергера нетрудно заметить, как легко эти дети могли быть приняты за просто невоспитанных и злых. При этом не удивительно, что Аспергер возлагает большие надежды на педагогику. Строгость без эмоций, «натяжна своих аффектов» необходимы педагогу, он должен быть внутренне спокойным, уметь по-деловому, не навязываясь ребенку. Прогноз аутистических психопатов зависит от многих факторов и, прежде всего, от их интеллектуальных способностей. При хороших способностях такой ребенок может стать

обладателем редкой особой профессии, хотя иногда интерес к такой профессии лишь видимость. Предпочитаются абстрактные, связанные с минимальной коллективностью профессии - математика, гербоведение и пр. Аспергер подчеркивал, что аутистические психопаты в сущности не беспокойны, так как беспокойство, тревожность - привилегия легко поддающихся влиянию детей. Напрашивается вопрос - я возвращаюсь к болезни Каннера - РИА - тотальное и центральное нарушение или легкая и поверхностная аномалия? Ответ на него решает позицию врача в отношении аутизма, пациентов-аутистов и их родителей.

Я глубочайше уверен, что Аутизм Каннера связан с органическим повреждением, центральным нарушением, сущность которого не всегда известна. Недоступность таких больных, непроницаемая стена между ними и вами не могут быть следствием нарушения только социальных отношений. Если несостоятельность детского мозга становится очевидной, трудно предположить, что до этого расстройство функций не было глобальным и массивным. Это подтверждает мое мнение о уязвимости нормального или высокого интеллекта.

Детские психиатры, привыкшие диагностировать аутизм, полагают, что интеллигенция интактна. По их мнению нарушение эффективности образуют как бы баррикаду, за которой интеллектuality. Думаю, что на это можно смотреть по-разному. Признающие указанную точку зрения утверждают, что высокий интеллект бросается в глаза, но не могут не отметить, что тестирование затруднено недостаточностью контакта. Тут можно было бы обсуждать адекватность тестов и роль интуиции, но дело не в этом. Создаваемое ребенком-аутистом хорошее впечатление возникает чаще всего благодаря его внешности и размышляющему взгляду, но каждый клиницист знает, как обманчив этот критерий. Интуиция - ненадежный источник познания, она субъективна. Требуется дополнительная проверка. Возникает вопрос - можно ли доказать в поведении ребенка наличие действительно целесообразной активности, разумной деятельности? Одни исследователи полагают, что пациенты могут концентрироваться, углубляясь в какое-либо занятие, другие рассчитывают обнаружить определенную изобретательность. Каннер сам нередко обращал внимание на богатый словарь и хорошую память. Мне кажется более верным учитывать эти данные, чем результаты тестов интеллектуальности. Тот факт, что дети чем-то занимаются еще не говорит о работе интеллекта. Наоборот, их деятельность (аутистов) помогает понять ее автоматичность. «Предвидение», иногда приписываемое аутистам, предполагает мышление, тогда как деятельность аутистов автоматична и скорее отвечает критериям стереотипности на уровне имбецильности. Я имею в виду бесконечно раскачивающихся, вертящих предметы, шлифующих предметы детей, в приложении к которым слова «игра» и «игрушка» неприменимы. Rich пришел к заключению, что диагностика аутизма должна быть гибкой. Аналогичные, но преходящие феномены, можно проследить и в нормальном развитии. У аутистов имеется скорее дефицит восприятия, чем избыточное восприятие. Бросается в глаза, что к одним предметам эти дети тянутся,

другие приводят к большому отгораживанию. Деятельность ребенка очень узка и связана с несколькими или одним пунктами. То же относится и к феномену, отмеченному Каннером. Среди аутистов встречаются обладатели большого запаса слов и хорошей памяти, но из взрослой психиатрии мы знаем, что среди дебилов

встречаются типы с частичным «дарованием». Впрочем, нельзя забывать, что запас слов и память -нередко лишь механические достижения. В определенном смысле они ничего не создали. Отсюда и необидительность доводов в пользу истинной интеллектуальности аутистов. Скорее их поведение в клинике выявляло их духовную нищету. Наблюдение не дает оснований говорить об интеллектуальной работе. Рисунки этих детей - бесчувственные каракули. Это доказывает, что РИА - тотальное глубокое расстройство, центральная аномалия. Ожидаемые улучшения состояния ребенка после снятия эмоциональных помех впоследствии не сбываются. Достижения могут расти настолько, насколько позволяет интеллект. Возникает вопрос есть ли вообще лечение, которое привело бы способного к контакту ребенка к полному развитию? Это заставляет задуматься в том плане, что характерное расстройство контакта означает лишь одно из проявлений патологического состояния.

С помощью продуманного обращения - при всех трудностях - аутист смог бы достичь гармонического развития. Этиология и прогноз неразрывно связаны. Неудивительно поэтому, что считавшие прогноз благоприятным ищут корень зла в среде, как я уже отмечал, в холодности матери. Это самая опасная предпосылка в диагностике аутизма. Если мать неспособна к контакту, она должна быть освобождена от него. Практически вывод из диагноза в таком случае дает матери «справку о бедности чувств», указывает на некий эквивалент скудоумия. Тогда для исправления положения мать должна быть устранена и заменена обученным персоналом. Напомню о случае с 7-летним мальчиком, бывшим три года под наблюдением юной девушки, которая должна была наблюдать отношения мать - ребенок и мать - отец и сообщать о них психиатру, а родителям было сказано, что это дало бы возможность искоренить вредные влияния матери. Этот случай произвел на меня незабываемое впечатление, показав как диагноз и прогноз могут расстроить жизнь всей семьи. Отец, хотя и не верил в выздоровление сына, но принял версию о вине матери, мать - чем дальше, тем больше впадала в неуверенность и отчаяние, чему немало способствовали упреки мужа. А ребенок оставался больным с постэнцефалическим синдромом, изъян интеллекта и чувственное оскудение его оставались неизлечимыми. Я вспоминаю о 10-летнем мальчике, отправленном с диагнозом аутизм в семью, особо поднаторевшую в обращении с аутистами, и все-таки вынужденную отказаться от ребенка после 3 лет безнадежных усилий, когда у него появились эпилептические припадки. Приведу еще пример 10-летней идиотки, родители которой на основании диагноза аутизм и соответствующих рекомендаций взяли в дом специально подготовленную воспитательницу вместе с другими аутистами; они видели то, чего она не видела раньше, в плане улучшения своего ребенка, стойко

держались, подбадриваемые психиатром, но кто еще может позволить себе такое лечение? Без лишних комментариев добавлю, что в этих трех случаях матери должны считать себя причиной расстройств ребенка, что не соответствовало действительности.

Напомню еще о 2 случаях, точно соответствующих критериям Каннера, среди которых и описанная мною девочка. Ей сейчас 10,5 лет, она получает медикаментозную терапию. Другой мальчик с учетом ряда условий в течение 4 лет трижды в неделю лечился психотерапевтически. Собираясь опубликовать эти случаи, скажу здесь, что улучшение было у обоих, хотя и далеко от желаемого. Оба учатся во вспомогательной школе. Мне не кажется, что они могли поумнеть от изменения эмоциональных отношений. Для меня все это подтверждает значительную преувеличенность комплекса эмоциональности, о чем писал и сам Каннер.

Должен пояснить, что диагноз аутизм вовсе не означает благоприятного прогноза. Он грозит стать в детской психиатрии мифом об исцелимости неизлечимого. Необходимо учесть и ядрогенное ухудшение семейных отношений, отнюдь не помогающее ребенку. Духовная гигиена семьи - тоже дело психиатра. Полагаю, что в вышесказанном сумел показать значение диагноза аутизма.

С. С. Мнухин, А. Е. Зеленецкая, Д. Н. Исаев

О СИНДРОМЕ «РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА», ИЛИ СИНДРОМЕ КАННЕРА У ДЕТЕЙ

В 1943 г. Каннер описал синдром «раннего детского аутизма», названный с тех пор его именем. Этот синдром, наблюдавшийся рядом исследователей и до Каннера и после него, был предметом изучения с 1930 г. и членами нашего коллектива.

Литературные данные, как и наши наблюдения, свидетельствуют, что синдром «раннего аутизма» проявляется с рождения или с первых лет жизни. Выражается он в основном в отсутствии или исчезновении у детей контактов со средой, отсутствии заметного интереса к окружающему, адекватные эмоциональные реакции, а нередко и вообще каких-либо реакций на раздражители, наконец, в отсутствии целенаправленной активности и деятельности. Дети выглядят «отрешенными», «аутистически» погруженными в мир собственных переживаний. Они бесцельно скользят «невидящим» взглядом по окружающим лицам и предметам или столь же бесцельно и стереотипно подолгу производят однообразные движения и действия с какими-либо предметами - ремнем, веревкой, водопроводным краном и др. В грудном возрасте этот синдром проявляется, по Каннеру, в том, что дети не делают встречного «облегчающего» движения, когда их берут на руки, а с 1,5—2 лет и позже он выражается, помимо «аутистической изоляции», в невыносимости к перемене обстановки, в затруднительном овладении гигиеническими навыками и своеобразных нарушениях речи при сравнительно неплохом интеллекте, богатом словарном запасе, ловких движениях и «интеллигентном» внешнем облике. Речь этих детей насыщена элементами эхоталии, персервациями, они почти никогда не обращаются с прямыми вопросами, не дают прямых ответов, говорят о себе в третьем лице. Об их желаниях и потребностях окружающие узнают по мимике

и жестам, то по отдельным никому не адресованным восклицаниям («кушать», «гулять», «он хочет спать» и т. п.).

Синдром «раннего аутизма» чаще наблюдается у мальчиков (3—4:1), в его возникновении играют роль

антенатальные и реже постнатальные вредности. По Счейну и Дженнету, главными признаками синдрома являются аутизм, раннее его возникновение, отсутствие моторной отсталости и нередко (у 40% больных) эпилептиформные припадки.

Что касается патогенеза и нозологической сущности синдрома Каннера, то некоторые исследователи считают его психогенным страданием, другие - самостоятельным заболеванием или своеобразным психозом, сочетающимся с олигофренией, третьи - проявлением ранней детской шизофрении.

Ввиду недостаточной ясности и противоречивости литературных данных о симптоматологии, патогенезе и нозологической сущности синдрома Каннера, мы сочли целесообразным сообщить о наших наблюдениях над 44 детьми в возрасте от 2 до 14 лет, проведенных нами в последние 5 лет.

Больной Ш., 7 лет, от здоровых родителей. Беременность у матери, роды и раннее физическое развитие ребенка протекали нормально. С раннего детства отличался от сверстников: всегда был один, не любил и не умел играть с детьми, не интересовался игрушками и сказками, иногда что-то говорил сам себе. При этом не производил впечатления умственно отсталого: хорошо запоминал сказанное окружающими, знал знакомых и родных, многое понимал, знал все буквы алфавита.

В клинике с детьми не общается, но и не избегает их. Бесцельно суетлив, стереотипно подпрыгивает, без всякого интереса вертит в руках игрушки. Иногда начинает собирать конструктор или складывать пирамиду, но быстро все бросает, никогда ничего не доводит до конца. К окружающему безразличен, замечает происходящее только тогда, когда оно попадает в его «поле зрения». Иногда же проявляет тонкую наблюдательность и способность правильно использовать прошлый опыт. Так, запомнив технику обследования, сам садится, протягивает руку, поясняя: «не надо шевелиться, нажимать крепко пружину». Вопросы почти не выслушивает и дает на них обычно случайные и чаще неадекватные ответы. Однако при настойчивой стимуляции можно добиться вполне правильного ответа. Описывая картинки, сказал: «Сидят за партой мальчики и учатся», «Ребят много - это детский сад». Временами же ведет речь о предметах, которых нет на картинке, не делает никакого усилия для восприятия и осмысления ее. Наряду с глубокой апроксимацией нередко отмечается тенденция к застреванию, неоднократно повторяет вопрос или дает ответ на ранее поставленный вопрос, подолгу механически возится с ремешком и др. Если удастся «включить» ребенка в ситуацию, он неплохо отвечает на ряд бытовых вопросов («мама дома обед готовит, а папа на работе деньги зарабатывает, а сейчас уехал в санаторий»). Речь чистая, запас слов большой, несмотря на отсутствие по существу общения с окружающими. Говорит о себе в третьем лице («Боренька не хочет»). Правильно воспроизводит мелодии известных

песенок, складывает по образцу простые фигуры из 5-6 спичек. Движения быстрые и легкие, но двигательных навыков мало и осваивает их медленно. Адекватных реакций нет. Ко всем относится одинаково равнодушно. Никогда не вспоминает о матери, при встрече с ней не радуется, при расставании не плачет. Так же ведет себя по отношению к незнакомым лицам - не смущается в новой обстановке, садится к незнакомым на колени и т. д.

Резко ослаблены не только ориентировочные, но и пищевые и зрительные реакции: сам никогда не приходит есть, положенную на подоконник конфету не пытается достать, хотя и знает, как это сделать. При повторных уколах иногда кричит: «Не хочу колынуть», - но тут же подает руку для укола.

В сомато-неврологическом состоянии существенной патологии не отмечено. Физически инфантилен, грацилен.

Больной З., 6 лет. У матери к исходу беременности разрушились зубы, были судороги в ногах. Роды затяжные (30 часов) с применением стимуляторов. Родился слабым. На 14-й день заболел пневмонией, осложнившейся диспепсией, обширными опрелостями; врачи подозревали септическое состояние. Позднее долго страдал рвотами, до 3 лет плохо спал. Ходьба и речь с 1 года. Родителей заметили, что ребенок растет странным: не интересуется детьми и игрушками, беспокоен, подолгу возится с ненужными железками, говорит сам с собой, до 6 лет говорил о себе в третьем лице, вместе с тем к 5 годам почти самостоятельно научился читать и писать.

Мальчик суетлив, стереотипен, трет нос, уши, бесцельно ходит по комнате, открывает шкафы, берет игрушки, но все тут же оставляет, ничем не заинтересовываясь. Одинаково ведет себя в привычной и в новой обстановке, ни на кого не обращает внимания, но иногда неожиданно подходит к незнакомому человеку, обнимает его, заглядывает в лицо и тут же убегает. Часто кажется, что он никого и ничего не замечет вокруг себя, в действительности же он неплохо регистрирует все, что пассивно попадает в его поле зрения. Спонтанная речь представляет собой повторение, а иногда и многократное «переживание» ранее виденного и слышанного. Задает много вопросов, например: «Как проходит пища и куда она идет?», «Почему кровь вытекает?». Но вопросы эти обычно ни к кому не обращает и ответы не выслушивает. Никакой целенаправленной активности, никаких интересов, тем более способности к усилию и напряжению не проявляет, но иногда охотно слушает сказки, много рисует, хотя рисунки и пояснения к ним очень странны, часто нелепы. При настойчивой фиксации внимания ребенка удается нередко добиться неплохих ответов. Так, на вопрос, о чем говорится в сказке «Гадкий утенок», ответил: «Как гадкий утенок вырос красивым лебедем». Речь хорошо развита, часто употребляет ходячие выражения и явно заимствованные фразы, но использует их к месту. Бегло читает, неплохо пишет под диктовку, перечисляет цифры только в прямом порядке и только до 10. В рисунках, письме и спонтанных высказываниях отчетливо отражаются отрывки прошлых впечатлений и переживаний. Не выражает никаких желаний; не обижается, когда над ним смеются дети, никогда не просит есть, не интересуется сладостями, не проявляет никаких защитных и оборонительных реакций. Не умеет себя обслуживать, неприспособлен. Движения неловкие, склонен к подражательным действиям («попугайный», «заводной»). Лицо тонкое, выразительное. Левша.

В сомато-неврологическом состоянии ничего патологического.

Как видно из приведенных историй болезни, наши наблюдения во многом подтверждают приводимые в

литературе характеристики синдрома «раннего детского аутизма». Речь действительно идет о детях, с самых ранних месяцев и лет жизни отличающихся резким ослаблением либо полным отсутствием каких-либо контактов с окружающей средой, отсутствием ясных интересов и адекватных эмоциональных реакций, целенаправленной деятельности и способности к самостоятельному психическому напряжению. Почти у всех у них чистая, хорошо развитая речь, богатый словарный запас, но речь лишена прямого социального назначения, информативной роли, двигателю элементов эхолалии, персеверациями. Отдельные движения часто легки и ловки, но формул движения, двигательных навыков очень мало, из-за чего дети эти обычно беспомощны, долго не научаются одеваться, нуждаются в обслуживании. Если к этому добавить, что они часто разговаривают сами с собой, нередко немотивированно улыбаются и смеются, производят впечатление «отрешенных», погруженных во внутренний мир, то нетрудно понять, почему «ранний детский аутизм» включает в рамки детской шизофрении и это считается, как указано рядом исследователей, вполне правомерным. По-видимому, той же точки зрения придерживаются и отечественные детские психиатры, поскольку вопрос о «раннем детском аутизме» как особым заболеванием в нашей литературе не обсуждался. Другие авторы, в том числе и Каннер, отличают «ранний детский аутизм» от шизофрении на том основании, что он часто оказывается врожденным и проявления его иногда заметны уже в грудном возрасте, протекает на фоне полного соматического здоровья и не сопровождается нарушениями биоэлектрической активности мозга, характеризуется ослаблением или утратой аффективных реакций, но не патологическим извращением их; не сопровождается галлюцинациями, вычурными позами. Эти авторы подчеркивают, кроме того, что при «раннем детском аутизме» в отличие от шизофрении больные не интересуются окружающим, но не отвергают его, для них характерны своеобразные изменения речи, отличная память и музыкальные способности, они хуже приспосабливаются к среде и т. п.

На основании наших наблюдений мы считаем все эти дифференциально-диагностические признаки в большей или меньшей мере обоснованными и как в отдельности, так и особенно в совокупности пригодными для разграничения «детского аутизма» и ранней шизофренией. Мы полагаем, что больные шизофренией едва ли «рождаются на свет с готовой болезнью» и что едва ли бывают случаи «истинной» шизофрении, при которой «расцвет болезни резко проявляется уже во время утробной жизни или в самых первых периодах аутизма». Однако поддерживая необходимость разграничения «раннего детского аутизма», или синдрома Каннера, и ранней шизофрении, мы склонны полагать, что распространенные обозначения первого страдания едва ли удачны. Трудно себе представить, в частности, что при этом синдроме, возникшем у детей на самых ранних этапах жизни, имеются подлинный аутизм и такая степень погруженности в мир своих переживаний, которые приводят больных к почти полному выключению из окружающей обстановки. Судя по нашим данным, содержанием «разговоров» больных с самими собой, тех «разговоров», которые будто бы подтверждают наличие у них аутизма, являются, как уже было сказано, многократное повторение, «переживание» бессвязных обрывков прошлых переживаний, всплывающих воспоминаний, едва ли могущих быть обозначенными как аутизм.

С нашей точки зрения, важнейшее нарушение, лежащее в основе симптоматики у детей с «ранним аутизмом», - более или менее резкое снижение психического или «витального» тонуса, ослабления или отсутствие способности к психическому напряжению и к целенаправленной активности. Одним из самых существенных симптомов является, вопреки мнению Каннера, отнюдь не протест этих детей против перемены обстановки, а изначальное очень явное, необычно разительное ослабление инстинктивных или безусловнорефлекторных реакций - ориентировочных, пищевых, самозащиты и др. Отсутствие этих реакций, всегда, как известно, очень четко направленных, делает поведение детей аморфными, хаотичными, дезорганизованными, а их самих - практически беззащитными и беспомощными. Естественно, что такая изначальная, часто врожденная недостаточность безусловнорефлекторного фонда, важнейших стволовых аппаратов, возможно, ретикуляторной формации не может не отразиться отрицательно на формировании корковой деятельности. Кора головного мозга у этих детей неплохо, но пассивно регистрирует и запечатлевает все, что случайно попадает в их поле зрения, но утрачивает способность активного, избирательного отношения к явлениям окружающей среды. Отсюда грубые нарушения внимания, склонность «невидящим» взглядом скользить без интереса по окружающим лицам и предметам, бесцельные движения, длительная неспособность овладеть навыками самообслуживания и главное - длительная задержка формирования самосознания, комплекса «Я», что сказывается в склонности говорить о себе в третьем лице, в подражательности речи и действий и др. Важно еще раз подчеркнуть, что при настойчивой стимуляции удается заставить этих детей «собраться», «мобилизоваться» и дать более или менее правильные ответы на вопросы или проявить более или менее адекватные эмоциональные реакции. Вполне вероятно, что в коре головного мозга этих детей на фоне экспериментально установленного нами преобладания тормозного процесса имеются гипноидные фазы - парадоксальная и ультрапарадоксальная. По-видимому, в связи с этим малодейственны любые сильные раздражители реальной обстановки и весьма активны следы прошлых впечатлений и восприятий, имитирующие «отгороженность», «аутизм» и др.

Но если исключить «ранний детский аутизм» из рамок детской шизофрении, то каковы его нозологическая принадлежность и генез? Следует в первую очередь отклонить утверждение о психогенном его происхождении. «Детский аутизм» - патологическое явление и прогностически настолько неблагоприятное страдание, что объяснять его патологией личности родителей, отсутствием контактов между родителями и ребенком, отрицательными воспитательными влияниями, распадом семьи и т. п. невозможно. Не соответствуют действительности и утверждения, что больные эти будто бы поправляются под влиянием психотерапии или при улучшении их положения в семье и т. п.

Высказывается мнение, что «ранний детский аутизм» является самостоятельным, главным образом наследственным психическим расстройством либо психозом, сочетающимся с олигофренией. Такой взгляд обосновывается следующими доводами: 1) «ранний детский аутизм» встречается у мальчиков в 3—4 раза чаще,

чем у девочек; 2) все наблюдавшиеся близнецы с «ранним аутизмом» были однояйцевыми; 3) возможна имитация аутизма у детей, перенесших органическое поражение головного мозга (асфиксию, энцефалит); 4) симптоматология аутизма единообразна и характерна, проявляется с момента рождения.

Основные из этих доводов подтверждаются и нашими наблюдениями. Так, среди 44 наших больных было 8 девочек и 36 мальчиков. У 30 из них заболевание было, по-видимому, врожденным, проявившимся уже в грудном возрасте, а у 7 развилось на первом году жизни, у 4 - в возрасте до 2 лет и лишь у 3 - после 2 лет. Что касается наследственности, то лишь у 6 отмечена психопатическая отягощенность, у 6 больных в анамнезе не было указаний на патогенные авторы, у 25 отмечена существенная патология беременности матери (кровотечение, тяжелый токсикоз), у 9 к этой патологии присоединилась асфиксия при родах, у 5 были последовательные изнуряющие инфекционные заболевания и у 4 - по-видимому, энцефалиты в раннем возрасте. Очевидно, что анамнестические указания не всегда отражают действительную причину болезни. Несомненно, однако, что частая патология беременности у матерей наших больных при редкости и неспецифичности наследственной отягощенности убедительно свидетельствует, что «детский аутизм» скорее не наследственное, а врожденное страдание, обусловленное внутриутробными вредностями и реже истошающими заболеваниями раннего детства.

Все это не решает, однако, вопроса о нозологической сущности «детского аутизма» к олигофрении. Одни исследователи расценивают его как определенную форму психического недоразвития, как результат недоразвития эмоций, инстинктов и побуждений, другие подчеркивают признаки, разграничивающие «детский аутизм» и олигофрению, третьи указывают на частое сочетание его с последней.

Эти разногласия зависят, на наш взгляд, не только от неясности генеза аутизма, но и от несовершенства современных представлений об олигофрении, под которой подразумевают некое качественное единообразное нарушение, различное лишь количественно (по степени тяжести). Отрицательную роль играет и тот факт, что понятием «олигофрения», «малоумие» чрезмерно подчеркивается интеллектуальный дефект, а часто наблюдающиеся при этом аффективно-волевые нарушения расцениваются нередко как факультативный, необязательный придаток, как некая оболочка, не определяющая основного расстройства, т. е. нарушения мышления, способности к обобщению, отвлечению и др.

Мы полагаем, что «детский аутизм», представляет собой своеобразную разновидность психического недоразвития, при которой на передний план выступают аффективно-волевые нарушения, шизоформный характер поведения, обусловленный преимущественным недоразвитием активирующих, «энергозаряжающих» систем ствола мозга. Это вовсе не означает, что в интеллектуальном отношении дети эти вполне нормальны. Наоборот, среди наших больных не было ни одного интеллектуально полноценного, но, во-первых, структура интеллектуального дефекта у них качественно иная, чем у других случаях «истинной» олигофрении, во-вторых, интеллектуальная недостаточность у них «перекрывается» обычно грубыми нарушениями личности и поведения. У большинства этих больных выявляются конкретное, «регистрающее» мышление, длительная неспособность овладеть навыками чтения, письма и счета, временными и пространственными представлениями, операциями, состоящими из ряда последовательных актов (перечисление дней и месяцев в прямом и обратном порядке и др.), длительная дезориентировка в сторонах тела. Все эти нарушения нередко маскируются хорошей памятью, способностью «попугайно» воспроизводить сложные отрывки из речи окружающих, хорошей речью, часто отличным музыкальным слухом, склонностью к фантазированию. Своеобразие психики детей с «ранним аутизмом», или шизоформными изменениями личности, соответствует их биологической реактивности, особенностям функционального состояния их гипофизарно-надпочечникового аппарата и некоторых вегетативных реакций.

С. С. Мнухин, Д. Н. Исеев

ОБ ОРГАНИЧЕСКОЙ ОСНОВЕ НЕКОТОРЫХ ФОРМ ШИЗОИДНЫХ ИЛИ АУТИСТИЧЕСКИХ ПСИХОПАТИЙ

Как известно, Э. Крепелин в ряду психопатий выделял группу чудаков со странностями в поведении и мышлении (Verschroben). О дегенератах-чудаках писал и Бирнбаум. Описывая шизоидных психопатов, Н. И. Озерецкий подчеркивал их склонность к уединению, их отгороженность, недостаточный контакт с окружающими, склонность к резонерству, мудрствованию, односторонние увлечения, рассеянность, неаккуратность, моторную неловкость, иногда развязность, назойливость и импульсивность.

М. О. Гуревич и В. А. Гиляровский называл психопатов этого типа патологически замкнутыми, а Г. Е. Сухарева - аутичными личностями.

В последние десятилетия разные формы непроектных шизоформных состояний стали предметом живого интереса многих зарубежных психиатров. Этому способствовало описание Каннером так называемого раннего детского аутизма. Среди многих работ на эту тему следует отметить наблюдения Аспергера об аутистических психопатах, для которых он считал характерными также моторную неловкость, односторонний характер интересов и способностей, недостаточность эмоций и влечений и своеобразный тип мышления. Ряд авторов подчеркивал связь этих аутистических психопатий, равно как и синдрома раннего детского аутизма, с врожденными либо приобретенными органическими повреждениями мозга. В частности, Грунберг и Понд указали на возможность появления картин раннего детского аутизма у детей с эпилептическими изменениями личности.

Крафт на основе наблюдений над членами одной семьи, пришел к заключению о существовании семейной шизоидной психопатии, генетически не связанной с шизофренией. Он предполагает в этих случаях наличие какого-то своеобразного повреждения зачатка, ведущего в дальнейшем к аномальному развитию личности, а в

части случаев и к интеллектуальному снижению.

Ван Кревелен сравнивает ранний детский аутизм у детей с замедлением психического развития, при котором страдают не только эмоции, но и интеллект. Он полагает, что «детский аутизм» может наблюдаться в структуре олигофрении, постэнцефалистической деменции и шизофрении и что в основе лежит органическое поражение мозга, чаще антенатальное. По его мнению, аутистические психопаты отличаются моторной неловкостью, «оригинальным» интеллектом, своеобразными интересами и снижением эмоций.

Ван Кревелен указывал на то, что эти психопаты довольно часто не успевают по арифметике в связи с недоразвитием у них временных и пространственных представлений.

Чейн и Яннет отмечали, что у детей с явлениями аутизма имеет место недоразвитие психики, речи и почти у половины - эпилептиформные припадки. Все эти нарушения авторы связывают с преимущественным поражением лимбической системы.

Сарвис связывал сочетания аутизма и судорожных проявлений с поражениями височных долей мозга.

Равным образом Рейтер отмечает возникновение случаев «псевдошизофрении» с аутистическими чертами на почве послеродовых травм.

Горвай подчеркивал трудность разграничения шизофрении и некоторых форм шизоидных психопатий от описываемого типа психопатоподобных состояний органического генеза.

Шпиль отмечал, что шизоидно аутистические проявления у олигофренов характеризуются сравнительным богатством их внутреннего мира, склонностью к фантастике, моторной неловкостью и др.

Катамнестическое изучение Барнсом аутистических психопатов показало, что все эти дети либо находились в стационарах, либо дома, но не могли работать и приспособиться к жизни в обществе.

Ряд авторов расценивали аутизм у детей, как результат сенсорной депривации, возникающей из-за функциональных нарушений ретикулярной формации.

Приведя все эти материалы о связи некоторых форм шизоидных, или аутистических, психопатий с ранними органическими поражениями мозга, следует одновременно указать, что ряд других современных авторов расценивал их как нарушения, близкие к шизофрении, как постшизофренического изменения личности, либо как проявление вяло текущего шизофренического процесса.

В настоящей работе на основе наблюдения над 27 детьми и подростками дана клиническая характеристика этих своеобразных шизопоподобных психопатий, показана роль экзогенных факторов в их этиологии и необходимость выделения их из рамок шизофрении несмотря на то, что социальный прогноз этих больных оказывается совсем неблагоприятным. Приведем краткие выписки из историй болезни некоторых больных.

Больной Ф. Николай. 10 лет. От 3-й беременности, протекавшей с токсокозом в первую половину. Вес при рождении 3600 г. До года перенес очень тяжелое заболевание с высокой температурой («умирал»). Мать в тот период была с ребенком в экспедиции. Ходить начал с 1 года. Речь с 3-х лет. С 5 лет стал успешно заниматься с логопедом. В 3 года перенес скарлатину в тяжелой форме, осложнившуюся отитом, одновременно была дизентерия. В 5 лет болел корью, ветряной оспой, свинкой. Психически развивался хорошо. Рано начал читать. С 8 лет стал часто мыть руки, мотивируя тем, что они пахнут клеем. Часто лизал пальцы, считая, что они «сохнут». Со слов ребенка известно, что у него дома были какие-то «приступы» нарушения сознания, иногда с ощущением жажды и сухости во рту. С 8 лет пошел в речевую школу. Окончил подготовительный и первый класс. В связи с необычным поведением поступил в больницу. Там был странен, чуждаковат, склонен к резонерству, держался в стороне от детей, не стремился к общению с ними. Хотел изобрести «автопередатчик», «авточасы». Подробно и пространственно рассказывал о своих изобретениях. Был отгорожен от окружающего. На уроках вставал с места, ходил по классу, забирался в угол, за шкаф, заявляя, что ему там удобно. Грыз грифель от карандаша, лизал бумажки, предварительно намочив их в чернилах. Рисовал чернилами брови, объясняя тем, что это «красиво». Беспреданно лизал пальцы. Крайне непоседлив, не интересовался книгами и телевизором. Не владел арифметическими навыками в пределах первого десятка, отмечалось явное недоразвитие пространственных и временных представлений. Читал бегло, писал грамотно.

Соматически: избыточного питания, диспластичен, отмечается гипоплазия половых органов. Небольшая гидроцефалия. Дисгенетические стигмы - недоразвитие пальцев (II, III, IV, V) на правой стопе. Синдактилия всех пальцев правой стопы и III и IV левой. Высокое небо. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

Неврологически: черепно-мозговые нервы в норме. Мышечная гипотония. Сухожильные и периостальные рефлекссы равномерные, средней активности. Патологических рефлекссов нет. На рентгенограммах черепа: пальцевые вдавления во всех костях свода черепа. Обызвестлена диаграмма над входом в полость сердца. На ЭЭГ: данные биоэлектрической активности свидетельствуют о диффузных микроорганически изменениях.

Во время пребывания в отделении наблюдалось два судорожных припадка. Один развился в момент вскрытия панариция, другой был на уроке. Припадки проявлялись в потере сознания и в общих тонических судорогах.

Спустя пять лет после госпитализации выяснилось, что больной занимается в 8-м классе вспомогательной школы. Учится с желанием, хорошо, усидчив, поведение ровное, увлекается радиотехникой. Дома помогает по хозяйству, но в силу неудовлетворительной моторики с трудом выполняет все поручения, связанные с тонкой работой. К родителям привязан, а в целом эмоциональные реакции недостаточно развиты.

Больной М. Саша. 14 лет. От первых нормально протекавших беременности и родов. До года перенес тяжелую токсическую диспепсию. В дальнейшем болел всеми детскими инфекциями. Развивался своевременно. С раннего детства был беспокоен, чрезмерно отвлекаем, не мог сосредоточиться, не умел играть с детьми. В детском саду резко отличался от сверстников. С 8 лет во вспомогательной школе, учился с трудом, по арифметике не успевал. В год поступления в больницу учился в 6 классе. В поведении всегда был странен, нелеп и чуждаковат.

Причиной госпитализации послужила раздражительность, легкая возбудимость, агрессивные вспышки. В отделении пассивно относился к попыткам больных вступить с ним в контакт. Был чуждающимся, склонным к рассуждениям. Интеллект на уровне дебильности. Научился читать и писать, но имелось выраженное «западение» навыков счета. Сложение производит только в пределах первых двух десятков на конкретном материале, делал ошибки при пересчете предметов. На занятиях был мало продуктивен, не выполнял простых заданий и по русскому языку, не дописывал слова, при списывании делал много ошибок, не знал имени и отчества учительницы. Не четко знал месяцы и времена года, стороны тела на себе не различал, тесты всегда выполнял зеркально, не мог воспроизвести ритм. Много фантазировал, рассказывал о том, что дома у него были припадки, при которых якобы он видел двух великанов с ружьями без ртов и глаз. Выяснилось, что недавно читал сказку про двух великанов. У больного недоразвиты также и пространственные представления. Отмечались выраженные нарушения внимания, неспособность к длительному психическому напряжению, истощаемость, временами был раздражителен, криклив, плаксив, однако аффект был несоразмерен, а иногда и неадекватен. Поведение было беспокойным. Мальчик был несколько эйфоричен, благодушен и многоречив. В связи с «чуждаемостью» и фантазированием подвергался насмешкам детей. Изображал мусульманина, одевая чалму из полотенца, произносил «молитву». Был оторван от жизни, не знал соседей по палате, не умел защитить себя. Дети выманивали или просто отбирали у него лакомства. Никакого участия в подвижных играх не принимал. Иногда садился за настольные игры, но никогда не заканчивал начатую партию. Речь была хорошо развита, употребляя сложные фразы, обороты речи и слова. «Я Вас умоляю выписать меня. Я гарантирую Вам хорошее поведение. Я клянусь Вам больше не бить бабушку».

Соматически. Диспластичность, склонность к избыточному отложению жира. Выраженный гипертрихоз нижних конечностей и, в меньшей степени, рук, плеч, груди, спины. Плохо дифференцированы ушные раковины, плоскостопие, увеличенные промежутки между 1 и 2 пальцами ног, массивные, грубые конечности, плохо дифференцированные кисти. Пигментные пятна на спине. Кифосколиоз. Внутренние органы без особенностей.

Неврологически. Неравномерность глазных щелей. Сглаженность левой носогубной складки. Экзофтальм. Гипомимия, общая гипотония мускулатуры тела. Моторика неловкая, плохо дифференцированная, особенно при тонких движениях пальцев.

Катамнестическое обследование спустя 5 лет обнаружило, что больной окончил 8 классов вспомогательной школы и в настоящее время работает в лечебно-трудовом комбинате имени В. М. Бехтерева. С большими затруднениями осваивает все операции, требующие моторной ловкости и тонких движений. Юноша очень неуравновешенный, замкнутый, общий рисунок поведения почти не изменился.

Больной И. Игорь. 14 лет. От первой нормальной беременности и родов. С 2-х лет мальчик воспитывается бабушкой. Развивался с задержками, до 2,5 лет ходил неуверенно, «тянул правую ногу», говорит с 4 лет. С 6 лет воспитывается в детском саду. С раннего возраста был вспыльчивым, склонным к фантазиям, легко отвлекаемым, не мог работать в коллективе. В 6 лет из-за повышенной нервности и плохого сна был взят из детского сада. В школу пошел с 7,5 лет, но обучаться там не смог из-за чрезмерной неусидчивости и отвлекаемости. Второй класс окончил в школе для невротиков. В третьем классе оставлен на второй год, и с этого времени обучался на дому. Перед поступлением учился по программе 6 класса. Друзей никогда не имел, играть любил с детьми младшего возраста. Стремился к какой-либо деятельности (посещал комнату пожарников, отделение милиции). Пытался организовать пионерский патруль, настойчиво этого добивался. Перед неудачами легко возбуждался, кричал, плакал, угрожал окружающим. Дома разыгрывал различные сцены, чаще из военной жизни. Много читал, был любознательным, впечатлительным, трусливым, не умел себя защитить. В поступках элементы импульсивности, неожиданности. Захотел повидать одного из городских руководителей, поехал к нему на прием. Услышал о психиатрической больнице - отправился посмотреть на нее, и был оставлен там в связи со странным поведением. При повторном поступлении в больницу обнаруживал назойливость, повышенную возбудимость, крайнюю неусидчивость и отвлекаемость. Был всегда странен, чуждающимся, нелеп, сторонился коллектива детей. В 1964 году перенес сотрясение мозга. В этом же году появились припадки. Они выражались в форме страха, дезориентировке, бледности, падении и нарушении дыхания. Эти припадки послужили причиной очередной госпитализации.

Соматически. Со стороны внутренних органов патологии нет.

Неврологически. Легкая сглаженность левой носогубной складки.

В настоящее время, через 4 года после последней выписки из больницы больной, окончив 7 классов вспомогательной школы, продолжает обучаться в производственно-техническом училище для инвалидов. Успеваает удовлетворительно, но из-за моторной неловкости с трудом овладевает профессиональными навыками. Обучению в училище противится, мечтает о работе оперативного работника в милиции. Много читает книг по криминалистике. Неусидчивый, беспокойный, вспыльчивый, веселый, избирательно общительный, не приспособленный к жизни и не умеющий постоять за себя.

Больной Б. Валерий. 15 лет. Отец злоупотребляет алкоголем. Мальчик с 9 месяцев воспитывался у бабушки. Родился в нормальных родах, перенес желтуху новорожденных. Начало ходьбы и речи с одного года. В это время перенес токсическую диспепсию. На несколько месяцев утратил навыки ходьбы. Болел также корью, скарлатиной, гепатитом. С раннего детства обращал на себя внимание странным поведением: играл один, мало общался с детьми, был склонен к фантазированию. Рос хрупким, физически слабым. В школе учился с 7 лет, чтение и письмо освоил быстро, а арифметика давалась с большим трудом. Дублировал пятый и седьмой классы. Перед поступлением в больницу обучался в 8-м классе. Задавал учителям много ненужных вопросов, выступал с обличительными речами. Сочинял рассказы, стихи, читал много, преимущественно научно-фантастическую литературу.

В течение последних лет был раздражителен, преувеличенно нелепо заботился о своем здоровье. Не выносил того, как ел и разговаривал дед.

Психическое состояние. Интеллект без грубых нарушений. Школьными знаниями владеет плохо, особенно трудна математика. Недоразвиты временные представления. Склонен к бесплодному мудрствованию, резонерству. Ипохондричен, боится вредного действия лекарств. Считает, что лечение ухудшило его мышление. Временами отмечаются деперсонализационные переживания. Бывает раздражительным, назойливым, недовольным всем окружающим. На занятия ходит нерегулярно.

Соматически. Физически инфантилен. Со стороны внутренних органов без патологии.

Неврологически. Неравномерность глазных щелей. Сглаженность левой носогубной складки. Рентгенограмма черепа: обызвествление шишковидной железы. Усилен рисунок диплоэтических вен.

Краткие выписки из историй болезни приведенных четырех больных в достаточной мере отражают, как нам кажется, своеобразие личности и клинических проявлений описываемой группы детей и подростков. Их своеобразие выступает уже при самом беглом знакомстве с ними. Обращает на себя внимание в первую очередь моторная неловкость большинства из них, неуклюжая манера держаться, а затем странная, достигающая иногда степени нелепости форма обращения с окружающими. Некоторые из них не обнаруживают грубых дефектов интеллекта, у большинства же отмечаются своеобразные нарушения интеллекта и мышления - того типа нарушения, которые неоднократно обрисовывались нами, как характерные для больных с астеническим типом общего психического недоразвития. У них отмечались, в частности, затрудненное овладение элементарными школьными навыками - чтением, письмом, особенно счетом, длительная дезориентировка в сторонах своего тела, недостаточность во временных и пространственных представлениях, затрудненное выполнение действий, состоящих из последовательных актов. Далее, характерным для всей группы представляются склонность к бесплодному мудрствованию, странному, иногда совершенно неуместному рассуждательству, стремлению задавать ненужные вопросы, произносить обличительные речи. У многих из них отмечаются односторонние увлечения то марками автомашин, то календарями, то географическими картами и др. Однако все эти увлечения оказываются малопродуктивными и редко приводят к полезным результатам. Помимо склонности к схоластическим рассуждениям, почти у всех больных этой группы отмечаются не менее ярко выраженные тенденции к фантазированию. Характерно, что иногда некоторые из фантазий настолько завладевают ими, что они почти выключаются из реальной обстановки и «разыгрывают» целые сцены «участия в боях», «погони за бандитами», «убегания от преследователей, великанов». В большинстве случаев это фантастика по содержанию бедна. Их источником чаще всего являются прочитанные книги, рассказы и разговоры окружающих. Будучи интеллектуально ограниченными, они в большинстве случаев обладают неплохой речью, хорошей механической памятью и неожиданно обращают на себя внимание сложными, а иногда и витиеватыми обращениями либо формулировками, часто более или менее уместными.

Одной из важнейших особенностей этих больных является недостаточность психического напряжения, отсутствие мало-мальски выраженной целеустремленности в поведении, зависимость их поведения от случайных внешних раздражителей, повышенная насыщаемость и истощаемость.

В результате этих особенностей все их поведение лишено какого-либо стержня, ясной линии и представляет собой конгломерат случайных и мало мотивированных актов. Создается впечатление, что при энергичной и систематичной стимуляции извне, они способны выполнить какое-то задание и довести начатое дело до конца.

Очень своеобразным оказывается не только мышление и поведение, но и эмоциональные проявления. У большинства из них нет более и менее ярких и выраженных эмоций и привязанностей. Нет, в частности, естественной для детей и подростков стеснительности и смущения. Они способны на людях совершать шутовские поступки, разыгрывать клоунов, служителей культа. В школе они нередко встают во время урока, ходят по классу, обращаются с ненужными вопросами, начинают петь. У них нет внутренних глубоких эмоциональных контактов с окружающими. Вместе с тем они способны в новой непривычной обстановке вести себя «свободно» и даже развязно, подходить на улице к незнакомым людям и затевать с ними разговоры, проявляя иногда необоснованную фамильярность.

Несмотря на все странности и нелепости поведения, делающие их нередко объектом насмешек соучеников и товарищей, они неплохо иногда продвигаются в школе, доходят до 7-8 классов вспомогательной или даже массовой школы. В подавляющем большинстве случаев это становится возможным из-за постоянной помощи родителей, систематической стимуляции с их стороны. Однако, независимо от степени их

продвижения в школе, в жизненно-практическом отношении они в большинстве своем беспомощны и с трудом поддаются вовлечению в какую-либо реальную работу, редко овладевают какой-нибудь профессией и степень их житейской неприспособленности далеко превосходит их интеллектуальную недостаточность и сниженную активность.

Из всего сказанного нетрудно видеть, что перечисленные нарушения мышления, эмоциональности и поведения могут давать повод включать этих больных в рамки шизофрении и рассматривать их болезненные проявления то как психопатоподобные изменения личности, после перенесенного в раннем детстве шизофренического «сдвига», то как выражение вялотекущего, но актуального шизофренического процесса. И чем взрослее становятся эти больные, тем поведение их становится менее соответствующим требованиям жизни, тем больше выступают их неприспособленность, «чужацества», странности. Попадая в психиатрические отделения для взрослых, эти больные уже «с полным основанием» расцениваются как давно страдающие шизофренией. Им без всякого эффекта проводятся «активная» терапия, лечение инсулиновыми шоками, различными дозами нейролептических средств и др.

А между тем изучение биографии этих больных с ранних лет жизни и до возмужания позволяет со значительной долей уверенности утверждать, что речь не идет в этих случаях о шизофреническом процессе, либо о

стойких постшизофренических изменениях личности.

У подавляющего большинства из них в анамнезах отмечаются указания на различные экзогенные вредности - патология беременности матери, тяжелые и патологические роды и различные, но в общем более или менее «мягкие» постнатальные вредности (токсическая диспепсия, дизентерия, алиментарная дисфория и др.).

Далее у многих из них выявляются признаки диспластического телосложения, эндокринопатий (особенно церебральное ожирение и преждевременное половое созревание) и многообразные дисгенетические стигмы (синдактилия, недоразвитие пальцев, высокое небо, недостаточная дифференцированность ушных раковин, плоскостопие и др.). У некоторых из них отмечаются нерезкие неврологические симптомы органического поражения мозга.

В том же плане следует расценивать наблюдающиеся у некоторых больных этой группы эпилептические и эпилептоформные припадки. Был период, когда сочетание таких «шизоформных» изменений личности и эпилептоформных припадков рассматривалось, как результат сочетания шизофрении и эпилепсии («шизоэпилепсия»).

Если исходить из предположения, что эти больные страдают шизофренией, то трудно было бы понять их своеобразное развитие интеллекта, неспособность овладевать школьными навыками, а с другой стороны, положительное влияние внешних стимулов, упорядочивающих их поведение. Далее, неуклюжесть их моторики, ограниченность их двигательных навыков и умений выражены у них в такой мере, в какой редко имеет место у больных шизофренией. Как ни схожи нарушения мышления и эмоциональности представителей этой группы с таковыми при шизофрении, при углубленном анализе сравнительно легко выявляются и существенные различия между ними. Односторонние увлечения и склонность к фантастике едва ли следует квалифицировать как аутизм. Равным образом их развязность, недостаточную стеснительность вряд ли надо расценивать как результат эмоционального оскудения. Тем более, что по отношению к своим близким они обнаруживают достаточно глубокую и адекватную привязанность.

На основании своих наблюдений, мы склонны полагать, что у описываемой группы больных речь идет о врожденной органической неполноценности, либо рано приобретенном поражении головного мозга. Больше того, из всего сказанного правомерно заключить, что наиболее пораженными оказываются у них не столько кора головного мозга, сколько системы диэнцефалона и ствола мозга, возможно, что при этом имеет место недостаточность ретикулярной формации и лимбической системы. В пользу последнего положения могли бы свидетельствовать недостаточность психического напряжения, грубые расстройства внимания, перечисленные эмоциональные нарушения, сниженная активность, ослабление инстинктивных проявлений, бесцельность, случайность и хаотичность поведения.

Все сказанное позволяет с известным правом заключить, что некоторая часть больных, включавшихся в группы шизоидных или аутистических психопатий, странных и чудаков (*verschroben*) представляют собой в действительности психопатоподобные изменения личности, развивающиеся на явно органической основе и нередко сопровождающиеся дефектами интеллектуального развития и эпилептиформными припадками.

Д. Н. Исаев, В. Е. Каган

АУТИСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: МЕХАНИЗМЫ РАССТРОЙСТВ ПОВЕДЕНИЯ

Отдельные случаи аутистических состояний описывались давно (I. Haslam, 1809; S. Witmer, 1920; J. Despert, 1938; C. Bradley, 1942 и др.). В работах советских авторов 20—30-х годов (Г. Е. Сухарева 1925-М. О. Огуревич, 1927; Т. П. Симеон, 1929, Н. И. Озерецкий, 1938; М. С. Певзнер, 1941) содержатся не только клинические описания таких детей, но и рассматривается вопрос о нозологической и этиологической принадлежности этих состояний. После опубликования Л. Каппег (1943) работы о раннем инфантильном аутизме интерес к проблеме резко оживился. В обширной литературе, накопившейся за истекшие 30 лет, отражено множество точек зрения. При их анализе удастся отметить две ведущие тенденции: 1) рассмотрение всех аутистических синдромов детства в рамках синдрома и концепции Л. Каппег о раннем инфантильном аутизме, что характерно для большей части изученной литературы и 2) выделение различных клинических форм детского аутизма (H. Asperger, A. van Kreveken, F. Menolascino, С. С. Мнухин, с сотр., Д. Н. Исаев, В. Е. Каган). Их объединяет сформулированное А. van Kreveken (1953) положение об аутизме как одном из синдромов детской психопатологии, отличающемся от оригинальной концепции E. Blenler, имевшей в виду согласующуюся с диагнозом патологию мышления. Сходные мнения выражаются и другими авторами (Г. Е. Сухарева, 1951; M. Rutter, 1972).

Данное сообщение основано на материале многолетнего изучения больных С. С. Мнухиным и наших собственных наблюдений. Мы считаем целесообразным и возможным выделение ряда групп детского аутизма. В настоящем изложении мы не касаемся шизофрении и раннего инфантильного аутизма Каппег как классических и многократно описанных форм.

Группа 1. Аутистические психопатии. Их клиническая картина, в том числе и под названием шизоидных психопатий, исчерпывающе и многосторонне описана в работах H. Asperger, A. van Kreveken и др. С. С. Мнухин с сотр., касаясь этих состояний (1969, 1970), подчеркивали наличие контрастных черт личности, окружающих закономерности личностного формирования у аутистических психопатов.

При изучении из анамнеза можно встретить указания на поздний возраст родителей, легкие токсикозы и

асфиксии в родах, психотравму матери в период беременности, слабость родовой деятельности, заболевания первого года жизни (прививочные реакции, отит и т.д.). Это, как правило, дети интеллигентных, хотя и обладающих своеобразными чертами характера и личности, но хорошо адаптированных родителей.

Обычно они попадают в поле внимания психоневролога, начиная со 2—3-ю года жизни и чаще - на фоне качественного и количественного изменения требований среды (устройство в детский сад, изменение семейной обстановки, поступление в школу, смена места жительства, класса или школы).

Интеллект этих детей, как правило, высок (до 120—135 по WISC). Отмечается незначительное преобладание вербального интеллекта по сравнению с невербальным. Склад мышления может быть назван проблемным. Речь развивается рано, часто раньше ходьбы и отличается богатым словарным запасом, тонкой смысловой и эмоциональной нюансировкой.

Производя внешнее впечатление холодных, гордых, замкнутых, они в действительности страдают от своей неспособности к установлению и поддержанию широких контактов и склонны к формированию прочных привязанностей к немногим людям. Иногда они пользуются уважением - правда, весьма одновременным - за ум, осведомленность, принципиальность. Чаще же из-за раздражающей откровенности и неуместной прямолинейности, неумения наладить и поддержать контакт, несоблюдения общепринятых правил и субординации они оказываются в довольно напряженных отношениях с воспитателями и сверстниками. Их двигательльно-спортивная неловкость также снижает возможности завоевания и поддержания авторитета в коллективе.

Интересы и увлечения этих детей необычны, односторонни, длительны и характеризуются опережающим несоответствием возрасту. Бросается в глаза «взрослость» их поведения и речи, сопровождающаяся возмущением «несерьезностью», «ребячливостью» сверстников и тягой к лучше понимающим их взрослым. В фантазировании, свойственном детям этой группы, отражаются не только интересы, увлечения, проблемный склад мышления, но и стремление компенсировать свое положение в детском коллективе и отдельные стороны своей несостоятельности.

Трудности коммуникации осознаются и переживаются, благодаря чему большинство детей этой группы существует на уровне длительной невротизации, проявляющейся в широком наборе невротических симптомов: от астенических до обсессивных (С. С. Мнухин и В. И. Гарбузов, 1970; В. И. Гарбузов, 1972). Они значительно больше страдают от непонятости. По нашим предварительным данным, контролируемое пребывание этих детей в здоровой детской группе может иметь терапевтическое значение. У ряда наблюдавшихся детей - нарушения тонкой пространственной ориентации.

Принято считать, что эти дети являются представителями «крайнего варианта мужского характера» (А. van Krevelen, 1962 и др.). В то же время некоторые их особенности, выявляющиеся при наблюдении (раннее речевое развитие и высокий уровень речи в последующем, тонкая ручная умелость при общемоторной неловкости и др.), описываются как характерные отличительные признаки психофизиологического развития девочек по сравнению с мальчиками.

Следующие три группы (2, 3, 4) могут быть в общей виде рассмотрены как варианты резидуально-органической патологии. На возможную роль органических поражений мозга в происхождении детского аутизма указывали А. van Krevelen, Schain и Jannet, Takahashi и др. Однако не сам по себе факт выявления органических вредностей в анамнезе, а лишь возможность установления связи между ними и клиническими проявлениями может дать основание для суждения об их роли в формировании синдрома. С. С. Мнухиным (1947) были описаны больные с органическим аутизмом, развивавшимся на почве алиментарных дистрофий в раннем возрасте. Им и его сотрудниками высказано мнение, согласно которому органический аутизм представляет собой особую аномалию психического развития.

Группа 2. Органические аутистические психопатии. В анамнезе детей этой группы обычно выявляются ante- и интранатальные вредности, тяжелые соматические заболевания на первом году жизни.

В наиболее легких случаях их проявления приближаются к картине аутистических психопатий первой группы и нередко трудны для отграничения. Детей этой группы резко отличает более выраженная двигательная неловкость, неуклюжая манера держаться и странная форма общения с окружающими. В отличие от высокого и среднего интеллекта при аутистических психопатиях у этих детей интеллект может быть на уровне средней нормы или даже пограничным. Примечательна более резкая разница между вербальным и невербальным интеллектом, в основном, за счет снижения невербального. Например, итоговая оценка по WIST - 92—93, вербальная - 114, невербальная - 71. Возможны затруднения в овладении школьными навыками, особенно по математике. Более отчетливо по сравнению с первой группой выражена недостаточность пространственно-временных представлений.

Эти дети склонны к бесплодному мудрствованию, странному, неумелому рассуждательству, ненужным вопросам и обличительным речам. У многих выражены односторонние бесплодные увлечения и тенденция к фантазированию. При этом фантазии беднее, чем в первой группе, а интересы и увлечения не носят характера опережающего несоответствия. Вместо «взрослости» речи здесь часто обнаруживается склонность к сложным и витиеватым формулировкам. Все эти особенности проявляются на фоне недостаточности психического напряжения, элементов спонтанности, прилипаемости и застревания, снижения целеустремленности и известной зависимости поведения от случайных внешних раздражителей. Будучи привязанными к близким, они не способны к глубоким эмоциональным контактам с окружающими. Вместе с тем в новой обстановке они «свободны» вплоть до развязности и фамильярности. У многих отмечаются легкие неврологические и соматовегетативные органические стигмы. С. С. Мнухин (1968) рассматривал эти состояния как атоническую форму резидуальных психопатий.

Группа 3. Аутистический синдром при олигофрении. У 2/3 этих детей психическая неполноценность причинно связана с грубой эмбриопатией и интранатальными вредностями, а у остальных - с неоднократными тяжелыми заболеваниями, энцефалитами, травмами головы или тяжелыми осложнениями вакцинаций в раннем детстве.

Отмечается резкая диссоциация вербального и невербального интеллекта за счет выраженного снижения невербального при более сохранном вербальном. Так, при итоговой оценке - 60 по WISE вербальные оценки могут 80—90, а невербальные 40—30. Больные обладают значительным запасом формальных сведений, которыми в практической жизни пользуются мало или в неподходящей ситуации.

Эти дети обращают внимание часто не столько психическим отставанием, сколько странностью и чужаковатостью в поведении, в повседневной реализации наличного интеллекта. В связи с неспособностью к выраженному психическому напряжению их внимание скользит от одного объекта к другому, а поведение часто приобретает черты «полевого». Это ярко проявляется в играх, а у более старших детей - при обучении. Они часто не сразу откликаются на зов, могут «не замечать» людей. Но при этом настойчивое внешнее стимулирование и побуждение позволяют выявить их способности к решению относительно сложных житейских задач. Большинство из них не стремятся к обычным детским развлечениям, но могут подолгу заниматься примитивными играми вроде верчения колесика, веревочки. Эта монотонная активность очень близка к стереотипной - по типу застревания - подвижности в виде похлопываний, подпрыгиваний и т. д. У многих из них отмечаются нарушения в сфере инстинктивных проявлений: снижение или отсутствие чувства опасности, извращение аппетита и др. Они могут тепло относиться к родителям, особенно к матери, но практически не способны к эмоциональному контакту с другими людьми и сверстниками, хотя благодаря отсутствию чувства дистанции и субординации, они часто выглядят грубо развязными. При этом их отличает беспомощность и незащитность перед лицом недружественного поведения. Они склонны к использованию усложненных речевых шаблонов при малом запасе понятий, задают массу отвлеченных вопросов, которые носят характер бесцельного любопытства. Их увлечения и фантазии часто причудливы, но в основе своей бедны, монотонны и представляют собой обрывки слышанного и виденного, складывающиеся в необычные и странные построения. Грубые и стойкие нарушения пространственно-временной координации и ориентации создают крайние трудности в их обучении и бытовой адаптации. У всех этих детей неловкая и своеобразная моторика с затрудненным освоением даже несложных навыков.

Группа 4. Аутизм детей с эпилептическими припадками. Неуклюжие, с неловкой моторикой - эти дети хорошо запоминают длинные стихи, сказки, песни. Инстинктивные и эмоциональные проявления у них бедны. Они склонны к резонерству, фантазированию, бессмысленному любопытству и мудрствованию. Нарушения поведения и интеллекта чаще всего связаны у них с внутриутробными вредностями. При этом недостаточность интеллекта «перекрывается» аутистическими проявлениями, что вообще характерно для органического аутизма. С. С. Мнухин (1963), наблюдая этих детей, изучил связь степени и особенностей аутизма с характером и частотой припадков. Выяснилось, что у ряда больных эпилептические статусы и единичные пароксизмы возникали сезонно (весной, осенью) или примерно периодически. Был подчеркнут параллелизм выраженности аутистических и эпилептических проявлений и сформулировано положение о том, что сочетание их представляет собой закономерный, патогенетически целостный и единый комплекс.

Группа 5. Аутистические реакции и патологическое развитие личности по аутистическому типу. Аутистическому реагированию вне рамок психозов и психопатий в литературе уделено сравнительно мало внимания. Между тем, этот тип реагирования отнюдь не редок в детской практике.

Можно выделить по крайней мере, три основные формы: 1) психогенный, 2) соматогенный аутизм, 3) патологическое развитие личности по аутистическому типу. Однако при индивидуальном анализе чаще приходится сталкиваться с совместным - в рамках единого патогенеза - действием различных факторов: психогенного, соматогенного и фактора продолжительности личностного отреагирования, в свою очередь зависящего от ряда условий. Такая ситуация создается при ряде длительных заболеваний и состояний, деформирующих внешность ребенка, ограничивающих двигательные возможности, снижающих приток информации и затрудняющих общение. Сошлемся на наши наблюдения аутизма у детей с неспецифическим инфекционным полиартритом, гигантизмом, на изучающуюся Б.Е.Микиртумовым (1972) аутизацию у слепых и слабовидящих детей и т. д.

Известное значение в формировании аутистического реагирования имеют различной выраженности асинхронии развития, возрастные кризисы, средовые особенности и характер реагирования референтной группы на проявления особенностей у ребенка и его собственного отношения к ним.

Нецелесообразно относить к этой группе аутистических психопатов, у которых психогении и соматогении декомпенсируют, акцентируют имеющиеся особенности личности.

Электроэнцефалографическое обследование позволяет выделить общие для всех 5 перечисленных групп изменения, варьирующие по выраженности, но однотипные по существу. К ним относятся изменения корково-подкорковой динамики при ведущей роли срединных, в частности лимбических, структур мозга. На подавляющем большинстве электроэнцефалограмм отмечаются нарушения на гипоталамо-диэнцефальном уровне. На наш взгляд, имеет значение не столько высокий или низкий arousal сам по себе, сколько итоговая характеристика функционирования корково-подкорковых систем.

Пневмоэнцефалография, проведенная в стационарных условиях детям с органическим аутизмом, свидетельствует о наличии корректирующих с данными электроэнцефаллографии мозговых нарушений. Наиболее значимыми в этом плане оказались дислокации желудочков, признаки внутренней сообщающейся водянки,

патология области III желудочка, подкорковые и лобно-теменные атрофии.

Представляется правомерным рассмотрение указанных нарушений в свете сформулированной П. К. Анохиным теории «функциональной системы», работающей по принципу обратной связи, «санкционирующей афферентации». В деятельности лобно-лимбического комплекса, являющегося ядром функциональной системы мотивации и организации поведения, эмоции могут быть рассмотрены 1) как усилитель деятельности и 2) с точки зрения их оценочной роли. На снижение в ряде случаев их роли как усилителя деятельности косвенно указывают известные успехи попыток стимулирующего лечения антидепрессантами. Что же касается оценочных функций - здесь имеет значение не только, а часто - и не столько, их сохранность, но и включение их в систему обратных связей между планирующими поведением структурами и структурами эмоционального реагирования. Здесь представляется обоснованным обсуждение участия и роли в этих нарушениях гиппокампа. Если в норме он «отфильтровывает» не вовлеченную в сферу данного поведения информацию, то при его удалении не затрагивается ориентировочная реакция, затрудняется выработка условных отставленных реакций и организация последовательного поведения. Гиппокамп, таким образом, может играть роль «фильтрационной решетки» в системе лобно-лимбических связей, от деятельности которой зависит функционирование всей системы организации и планирования поведения у наблюдавшихся детей. Нарушение ее деятельности снижает возможности накопления поведенчески-продуктивного опыта, выражающегося на уровне так называемой «психической коры» в создании готовых к реализации мотивационных блоков. При этом в выраженных случаях, особенно при органическом аутизме, поведение может осуществляться на «неэкономичной основе» по типу случайного или близкого к случайному поиску.

Рассматривая это как одну из сторон того, что кроется за термином «дефект интуиции», мы считаем необходимым обратить внимание и на другую сторону. Все формы ориентации, и особенно ориентации на высшем уровне человеческой психики, требуют центрально обработки и интеграции получаемой организмом извне пространственной и пространственно-временной информации. Между тем, в клинической картине рассмотренных групп детского аутизма выявляется недостаточность пространственно-временных представлений в отношении как физического, так и психологического пространства-времени. Указанная недостаточность при сохраненной эмоциональной потенции приводит к наблюдающимся своеобразным нарушениям ориентации в окружающем и к затруднениям в адекватном по времени и направленности адресовании эмоций.

Интеграция этих двух сторон, как нам кажется, и формирует определяющие черты рассмотренных групп детского аутизма, являющегося синдромом детской психопатологии, особенности проявлений которого зависят от синдромологической специфики нарушений у детей и подростков.

Е. С. Иванов

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Психопатологический феномен под названием аутизм введен Е. Блейлером как «оторванность ассоциаций от данных опыта, игнорирование действительных отношений» (1, 1920, с. 61). Несколько позже В. П. Осипов аутизм рассматривал как «разобщенность больных с внешним миром» (12, 1931, с. 319). В. А. Гиляровский говорил об аутизме как «своеобразном нарушении сознания самого «Я» и всей личности с нарушением нормальных установок к окружающему» (2, 1938, с. 278), при этом В. А. Гиляровский подчеркивал, что такие больные замкнуты и отчуждены от всего остального.

Изначально аутизм рассматривался в рамках шизофрении или шизофренического мышления. Хотя сам Л. Блейлер считал, что состояния, похожие на аутизм, могут наблюдаться и при других состояниях не шизофренического круга. Н. И. Озерский (11) уже находит нечто общее между аутизмом и фантазиями (перемешивание в мышлении настоящего, прошедшего и будущего) и дифференцирует эти два понятия по качеству отрыва от реального.

Состояния психики сходные, по некоторым своим проявлениям с аутизмом, можно наблюдать не только у больных шизофренией, но и при ряде других психических заболеваний и пограничных состояниях: олигофрении, задержках психического развития, депрессиях, психопатиях, шизоидной акцентуации личности, неврозах, соматопсихических и психосоматических расстройствах и мн. др. В психологии понятиями аутизм, «аутическое мышление» нередко пользуются и для характеристики нормальной психики.

Аутизм как синдром первоначально специфический для шизофрении перестал быть таковым, он утратил свою клиническую очерченность и требует в каждом конкретном случае строгой клинической дифференциации.

Положение с диагностикой аутизма еще более осложнилось после 1943 года, когда L. Kanner (17) из всего многообразия аутических проявлений у детей выделил особый по своим клиническим признакам синдром и дал ему название «синдром раннего детского аутизма» (РДА). С этого времени возникла проблема РДА. В громадной литературе, посвященной этой проблеме, велись и ведутся бесконечные споры по вопросам этиологии, патогенеза, клиники, прогноза, лечения и права РДА на клиническую самостоятельность в ряду бесконечного числа других аутических расстройств.

Таким образом, в настоящее время существует много трудных и спорных вопросов диагностики аутических состояний и во многом решение этих вопросов зависит от позиции, которую занимает диагност по отношению к РДА.

Исходная позиция в понимании РДА отличается громадным разбросом мнений. Если попытаться сгруппировать мнение различных исследователей проблемы РДА, то оно может быть видимо представлено в следующих позициях.

Первая позиция отражает мнение L. Kanner - РДА особая и самостоятельная форма аутизма, характеризующаяся специфической клинической картиной. Дети, страдающие этой формой аутизма, требуют особых форм психотерапевтической работы и специального биологического лечения. Это своеобразное нарушение развития имеет и своеобразный прогноз. По всем этим критериям РДА отличается от шизофрении и других видов аутизма, которые являются только лишь одним из проявлений в клинической картине каких-то других заболеваний.

Полными или частичными сторонниками этих взглядов являются ряд исследователей. E. Schopler (21), придерживаясь взглядов Л. Каннера на самостоятельность РДА, считал, что у детей с РДА имеется наследственно обусловленное недоразвитие ощущений, которое играет роль неблагоприятной почвы, так как не оказывает достаточного стимулирующего действия на ретикулярную формацию и оказывается роковым при эмоционально холодной матери или очень интеллектуальном отце. Еще раньше Н. А. Sparger подробно анализируя клинику РДА, рассматривал это состояние как наследственную психопатию и категорически отвергал какую-либо связь РДА (или психопатии) с шизофренией. Chen и др. (15), подтверждая клиническую самостоятельность РДА, рассматривали его как заболевание, обусловленное передаваемой по наследству недостаточностью обмена биогенных аминов. Концепция наследственного происхождения РДА достаточно противоречива, подробно она обсуждается в монографии В. Эфроимсона (13). В монографиях К. С. Лебединской, О. С. Никольской, Е. Р. Баенской, М. М. Либлинг, Р. К. Ульяновой, Т. И. Морозовой и В. В. Лебединского О. С. Никольской, Е. Р. Баенской, М. М. Либлинг (7) РДА рассматривается как самостоятельная форма (в нозологическом отношении) патологии психического развития детей.

Вторая позиция наиболее четко сформулирована С. С. Мнухиным (10) и его сотрудниками Д. Н. Исаевым (3) и В. Е. Каганом (4). Рассматривая резидуальные детские энцефалопатии, С. С. Мнухин выделяет один из «спорных» вопросов резидуальных нарушений детской психики, сходных с детской шизофренией - «детский аутизм», отграничивает его от шизофрении и считает необоснованным психогенное его происхождение. В. Е. Каган, вслед за С. С. Мнухиным, формулирует положение о том, что синдром детского аутизма резидуально-органического происхождения является сборным и может проявляться в форме раннего инфантильного аутизма, аутической психопатии и др., т. е. это сборная группа дизонтогенеза психики у детей. Аналогичного мнения придерживается и В. В. Ковалев (6). Он в своей работе о взаимоотношении между РДА и аутической психопатией утверждает, что это абсолютно идентичные состояния, возникающие после энцефалита у детей. Клинической своеобразии РДА автор объясняет наследственным предрасположением и особой реакцией на болезнь ребенка.

Третья позиция - ее сторонники сомневаются или отрицают значение органического поражения головного мозга в происхождении РДА. Примером могут служить исследования G. Gaffney и др. (16), они не обнаружили специфических изменений в головном мозге у детей с РДА при нейроморфологических исследованиях (тормография и метод магнитного резонанса). Нарушения глубоких структур мозга (гиппокампа, мозжечка, уменьшение правого лентиккулярного ядра, расширение передних и боковых отделов желудочковой системы мозга), как показали контрольные исследования авторов, могут быть не только у детей с РДА, но и у детей с другими психическими заболеваниями. G. Ward, B. Hoddint (24) в работе, посвященной изучению детской шизофрении и РДА, на основании клинического, психометрического и электроэнцефалографического изучения больных категорически исключает возможность органической и соматической природы этих заболеваний. Одновременно авторы предостерегают от возможных диагностических ошибок и смешений РДА с детской шизофренией и олигофренией.

Четвертая позиция - рассмотрение РДА в рамках детской шизофрении. Подобный подход к пониманию РДА наиболее распространен, хотя, по нашему мнению, он не способствует раскрытию содержания ни РДА, ни шизофрении. Большинство авторов избегают категорических утверждений такой позиции. Так, G. L. Oavies (18) заявляет, что РДА чаще встречается при детской шизофрении, но одновременно автор говорит и о том, что дифференциальная диагностика чрезвычайно сложна, т. к. могут быть и другие психопатологические синдромы. Более категорична Starkova с соавторами (20), утверждающими, что РДА по своим клиническим проявлениям не что иное как шизофрения, что при этом заболевании у детей поражаются не только эмоции, но и все стороны психической деятельности. Авторы считают, что лечение таких больных (в том числе и психотерапия) «может желать только лучшего», а вмешательство врача-психиатра ограничивается диагностикой.

Пятая позиция - может быть сведена к положению о том, что РДА является только лишь одним из синдромов детского аутизма (ДА) в ряду множества других синдромов аутизма, поэтому ДА по своему происхождению полиэтиологичен, синдромов ДА существует множество. Эти синдромы рассматриваются с позиций нозологического мышления Э. Крепелина и с позиций экзогенных типов реакций К. Бонгоффера. Анализируется повреждающая и провоцирующая роль инфекций (микробных, вирусных, простейших микроорганизмов). Обсуждается роль «минимальной мозговой дисфункции» как необходимого звена в ряду множества причин ДА и как необходимого условия в сочетании с шизофренической или психопатической наследственностью, при этом не исключается и этиопатогенетические аспекты, которые были названы в предыдущих четырех позициях. Рассматривается и такой фактор в происхождении ДА, как задержка в формировании у ребенка латерализации рук. Так, L. Tsai (22) считает, что если у ребенка к пяти годам не произошло формирование право- или леворукости, то это может быть признаком начинающегося ДА. Рассматривается ДА и в ряду многочисленных поведенческих реакций. F. Menolascino (19), наблюдая аутические проявления у детей, страдающих 8-ью различными заболеваниями: детская шизофрения, инфантилизм, различные энцефалопатии и др., пришел к выводу, что ДА может быть не только при отдельных нозологических формах, но может быть и в границах симптоматических поведенческих реакций.

Таким образом, почти через пятьдесят лет после выделения РДА все определяющие вопросы учения об

этом виде патологии: определение, этиология, патогенез, паторфология - остаются противоречивыми, неопределенными и не способствуют, а затрудняют диагностический процесс.

Не избежали этих сложностей и все аспекты клиники РДА. Спорным остается вопрос начала и течения РДА. По одним данным, РДА начинается или вернее закладывается в пренатальном периоде; по другим данным, начинается где-то сразу после рождения или в конце первого и на втором году жизни, может быть и позже. По-разному трактуется психопатологическая структура симптомов РДА. Нет единства в нозологической трактовке РДА (здесь невероятный разброс мнений), отчасти об этом уже говорилось. Спорной является проблема вторичных и первичных нарушений при РДА, а также проблема процессуальности и непроцессуальности. Разумеется, все это не облегчает постановку диагноза РДА.

Наблюдения 9 детей с РДА в период с 1980 по 1991 год дают нам основание полагать, что наиболее реальной является позиция тех авторов, которые считают, что в основе РДА лежит дизонтогенез. Но это дизонтогенез, как нам кажется, не укладывающийся в известные уже формы. Недаром В. Е. Каган пишет, что это ретардация и асинхрония одновременно.

Видимо, можно предполагать, что из всех известных форм дизонтогенеза РДА представляет особую форму, при которой психика ребенка с РДА является одновременно причудливым сосуществованием островков психического функционирования различных уровней, не сбалансированных и не находящихся по отношению друг к другу в иерархической зависимости. Каждый из таких островков функционирует автономно.

Примером может служить краткая выписка из истории болезни Сережи И. 6 лет и 4 месяца. Родители с высшим образованием, мать -филолог, добрая, ранимая, тревожная, очень заботится о сыне. Отец -антрополог, интравертированный, тревожный, хорошо и заботливо относится к жене и сыну. Матери и отцу было по тридцать лет к рождению ребенка. Все заботы по уходу и воспитанию ребенка делят супруги друг с другом, им помогает бабушка (мать жены), добрая, общительная, властная. Брат матери был странным, не терпел общества, был «очень умным», но школу не закончил, работал помощником егеря в лесу.

Беременность у матери протекала с тяжелым токсикозом и в 1-й половине, дважды лежала в больнице для сохранения беременности. Роды в срок, после рождения был вялым, почти не брал грудь, был на грудном и искусственном вскармливании. По мнению бабушки, ребенок был необычайно спокойным, не плакал, не капризничал, не тянулся на руки, с безразличием относился ко всем, кто брал его на руки. На восьмом месяце бабушка обратила внимание на то, что ребенок по ночам мало спит, лежит с открытыми глазами. Днем в игрушки не играл, но ночью иногда раскачивал висящие над ним игрушки. Некоторое время у родителей были опасения в зрении и слухе ребенка, не было гуления, лепета. По словам бабушки, никого не замечал. Избирательного отношения к пище не было, ел все, лучше ел, если кормила бабушка. Если ребенок ночью не спал, то бабушка пела тихим голосом колыбельную или рассказывала сказки, лежал спокойно, потом засыпал. Если это делали родители -ворочался, натягивал на себя одеяло. К концу 10-го месяца неожиданно стал произносить слова, а потом и фразы попугайного характера, не адекватные ситуации. По словам бабушки, ребенок никогда не улыбался, не плакал, только иногда вдруг закричит, покраснеет, «а лицо прежнее». Если пытались поставить в кроватке - кричал, вырывался, старался лечь. В конце 10-го месяца сам стал вставать в кроватке. На втором году жизни по ночам стал напевать колыбельные песни и рассказывать сказки, хотя речевого общения ни с кем не было. В 2 года стал раскачиваться. Быстро освоил навыки самообслуживания. С 3-го года жизни речь стала приобретать способ общения. Не употребляет никаких местоимений. С детьми не играет, при чужих людях прячется. Игровая деятельность стереотипная, но стали проявляться странные сюжеты, не любит юлу, стал использовать ее для наказания игрушечных животных, кубиков, колец от пирамидки и др. Стал смотреть, как отец рисует домик, мог долго стоять, пока будет нарисован один домик, второй, третий и т. д., но стоит только отцу нарисовать окно в домике, ребенок убегает. Очень быстро сам научился рисовать домики без дверей, окон. Заметно стал предпочитать общение с отцом, рисует, слушает рассказы отца (даже служебного содержания) и потом их повторяет. Появился дифференцированный подход в отношениях с бабушкой и матерью. Спонтанно вдруг начинает читать стихи в ритме гекзаметра и раскачивается, сам сочиняет стихи, хорошо запоминает стихи, музыку. Часто рассматривает иллюстрации. Знает буквы, но не выяснит, в связи с уклоняющимся поведением, умеет ли читать, иногда спонтанно прочитывает надписи по рисункам. На фоне отсутствующего общения иногда отзывается на ласковые слова, но только не мамы. Бывает так, что во время рисования с отцом позволяет себя обнять и прижимается к отцу.

При двукратных попытках осмотреть ребенка не удалось. Прячется за отца. Речевого общения нет. Правильного сложения. Одет красиво и, видимо, это ему нравится - старается не запачкать одежду. Мимика однообразна и, видимо, не отражает психических переживаний. С явным облегчением попрощался и даже подал руку, но ответного рукопожатия не было. По данным поликлинической карты физическое развитие нормально, очаговых неврологических нарушений нет. Запись логопеда «на приеме речевой контакт отсутствует (3 года)».

Ушные раковины отстоят от черепа правая ниже левой, брови почти сросшиеся, неправильный прикус. Сейчас с ребенком занимается бабушка, в прошлом учительница начальных классов. По ее мнению, он делает большие успехи в учебе, но увидеть их может только сама бабушка. С середины 5-го года жизни бабушка стала играть роль как бы опоры для ребенка в сфере быта.

Сейчас ребенку 14 лет, учится играть на органе, но, как это видно, у ребенка сложная наследственность и вредности в пренатальном периоде. С рождения резко сниженный физический и психический (главным образом эмоциональный) тонус. Это ребенок, стоящий вне общения. У него своеобразное физическое и психическое развитие. Оно не только раннее, но и асинхронное во времени появления отдельных физических и психических функций, а сами функции отличаются своеобразием, несоординированностью и искаженностью проявлений. При, казалось бы, полном отсутствии эмоциональной жизни, полной эмоциональной отгороженности (аффективной

блокаде, по Каннеру) у него бывают всплески теплых эмоций. У него своеобразная речь, такая речь не описана ни в одном руководстве по логопедии - нет местоимений, попугайность, речевые штампы, императивность в произнесении отдельных слов, раннее и необычное формирование речи, отставленные эхолалические речевые реакции, вначале механическое, бессмысленное рифмование, позже сочинительство стихов, положительное стремление к ритмической музыке. У ребенка имеется высокий эстетический и интеллектуальный уровень. Поступательное развитие и приобретение новых знаний, навыков и вместе с тем полная беспомощность в сфере быта и общения, которая компенсируется присутствием постороннего человека - бабушки. Ребенок производит впечатление робота, в который забыли вставить блок координации психических функций.

При диагностике синдромов ДА необходимо ограничивать его от других синдромов ДА, которые входят в структуру отдельных нозологических форм, ДА является при этом лишь одним, частным проявлением в клинической картине болезни. Особенно трудным в дифференциацией диагностике РДА являются такие виды психической патологии, как детская шизофрения, олигофрения, задержка психического развития.

По нашим данным, в клинике синдрома РДА могут быть выделены ядерные симптомы, которые почти всегда обнаруживаются, но они должны быть рассматриваемы в ключе возрастной эволюции. К таким симптомам относятся: 1. Первые признаки сразу после рождения. 2. Отсутствие потребности в общении и отсутствие целенаправленного поведения. 3. Стремление к сохранению стабильности окружающей среды. 4. Своеобразные страхи (отсутствие страха темноты, которое можно понимать как извращение безусловного оборонительного рефлекса). 5. Своеобразие моторики. 6. Симптомы нарушения этапности и иерархии психического и физического развития. 7. Своеобразие речи и ее формирования. Частое отсутствие лепета, гуления, трудности выделения смысловой стороны речи (языковое кодирование), трудности в экспрессивной речи, жестовой речи, в мимике и пантомимике. 8. Своеобразное сочетание низших и высших эмоций. 9. Интеллектуальная неравномерность. 10. Стереотипия в поведении, моторике, речи, игре. 11. Нарушение формулы сна. 12. Недостаточность или отсутствие реакции на дистантные раздражители. 13. Нарушение дифференцировки одушевленных и неодушевленных предметов. 14. Способность к относительной компенсации в сфере быта при наличии постороннего помощника. 15. Возможность регресса психических функций при отсутствии правильного психотерапевтического подхода или позднего начала лечения.

Проблема РДА настолько сложна, что требует дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Берлин, 1920.
2. Гиляровский В. А. Психиатрия. М.; Л., 1938.
3. Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей. Л., 1982.
4. Каган В. Е. Аутизм у детей. Л., 1981.
5. Каган В. Е. Преодоление. Неконтактный ребенок в семье. СПб., 1996.
6. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979.
7. Лебединская К. С, Никольская О. С, Баенстя Е. Р., Либлинг М. М., Ульянова Р. К, Морозова Т. И. Дети с нарушениями общения. М.: Просвещение, 1989.
8. Лебединский В. В., Никольская О. С, Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М, 1990.
9. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Л., 1979.
10. Мнухин С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Тр. Резидуальные нервно-психические расстройства у детей / Под ред. С. С. Мнухина Т. 51. Л.: Ленинградский педиатрический институт. 1968.
11. Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста. Л., 1938.
12. Осипов В. П. Руководство по психиатрии. М.; Л., 1931.
13. Эфроимсон В., Блюмина М. Генетика олигофрении, психозов, эпилепсии. М., 1978.
14. Asperger H. Probleme des Autismus im Kindes alter. Sap. J. Child. Psychiat. 1966. Vol.7. P. 1.
15. Chen Ch. H., Hsiao K. S. A Chinese classic phenyl-ke-tonuria manifested as autism // Brit. J. Psychiatry. 1989. Vol. 155, August. P. 251 — 253.
16. Gaffney G. и др. Forebrain structure in infantile autism // Amer. J. Acad. Child. Adolest. Psychiatry. 1989. Vol. 28. №4. P. 534—537.
17. Kanner L. Autistic distrubances of affective contact. Nerv. Child., 1943. №2, 3. P. 217.
18. Oavies G. Autism - schizophrenic syndrome of childhood. Med. offr. 1988. 115. 17. 225—227.
19. Menolaschino F. Autistic reaktionen in early childhood: differential diagnostic // J. Child. Psychol. Psychiat. 1965. 6. 3/4. 203—218.
20. Starkova. Katamnестика studie deti hospitalizavanych pro diagnosu: Kanneriv infantilini autismus // Psychiatr. 1989. 8. 85. №4. S. 238—245.
21. Schopler E. Early infantile autism and reseptor processes // Arch, gen. Psychiat. 1985. 13. 4. 327—335.
22. Tsai L. The relationship of handedness to the cognitive, language and visio-spatial skills of autistic patints // Brit J. Psychiatr. 1983. 142. February, 156—162.
23. Van Krevelen D. On the relationship between early infantile autism and autistic psychopathy // Acta paedopsychiat. 1963. 30. 9/10. 303—323.
24. Ward T., Hoddinott B. A study of childhood schizophrenia and early infantile autism. Part 1 - Description of the sample. Canada: Psychiat. Ass. J. 1965. 10. 5. 377—386.

ИСКАЖЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

Для изучения ряда закономерностей искажения психического развития показательным является дизонтогенез при так называемом синдроме раннего детского аутизма, отличающемся от всех вышеописанных аномалий развития наибольшей сложностью и дисгармоничностью как клинической картины, так и психологической структуры нарушений.

Клинико-психологическая структура раннего детского аутизма как особой аномалии развития была почти одновременно очерчена Л. Канцером (1943), Г. Аспергером (1944, 1946) и С. С. Мнухиным (1947). Л. Канцером выделена типичная для этого состояния основная триада симптомов: первое - аутизм с аутистическими переживаниями, второе - однообразное поведение с элементами одержимости и особенностями двигательных расстройств и третье - своеобразные нарушения речи.

В вопросе об этиологии раннего детского аутизма единства мнений нет.

Л. Каннер (1943) расценивал ранний детский аутизм как особое болезненное состояние; Г. Аспергер (1944-1948) - как патологическую конституциональную структуру, ближе к психопатической. Большинство отечественных исследователей (Г. Е. Сухарева, 1935, 1974; Т. П. Симпсон, 1948; О. П. Юрьева, 1967; М. Ш. Вроно, 1971; В. М. Башина, 1974, 1977, 1980), а также рядом зарубежных исследователей (Л. Бендер, 1958; М. Кларк, 1963; М. Поляк, 1969 и др.) ранний детский аутизм рассматривается в основном в рамках патологии шизофренного круга: как начальный период детской шизофрении, реже - тяжелой формы шизоидной психопатии. В этих случаях речь идет о наследственной патологии с невыясненными патогенетическими механизмами, как это имеет место при шизофрении.

Ряд исследователей предполагает возможность и органического происхождения синдрома раннего детского аутизма (Ван-Кревелен, 1958, 1965; С. С. Мнухин, 1947, 1968; Л. Бендер, 1959; Д. Н. Исаев, 1970, 1978; Д. Н. Исаев и В. Е. Каган, 1975; В. Е. Каган, 1976, 1981; В. В. Ковалев, 1979; К. С. Лебединский и С. В. Немировская, 1981), его связь с внутриутробным поражением нервной системы и локализацией в стволовых отделах мозга.

В зарубежных исследованиях, особенно в рамках психоаналитического направления, в формировании синдрома раннего детского аутизма значительная роль отводится хронической психотравмирующей ситуации (Б. Беттельхейм, 1967 и др.), вызванной нарушением аффективной связи ребенка с матерью, холодностью последней, ее деспотическим давлением, парализующим эмоциональную сферу и активность ребенка.

Клинико-психологическая структура таких стойких форм раннего детского аутизма различного генеза имеет общие радикалы, выраженные в большей или меньшей степени. Поэтому их изучение, поиски психолого-онтогенетических закономерностей правомерны, несмотря на различие этиологии. В этом плане существует бесспорная аналогия с другими аномалиями развития, этиология которых также имеет широкий диапазон, включающий наследственные и экзогенно-органические причины.

Аутизм, как это видно из названия синдрома, является основным, стержневым образованием, во многом определяющим клинико-психологическую структуру этой аномалии развития. Он проявляется в отсутствии или значительном снижении контактов с окружающими, «уходе в себя», в свой внутренний мир, наполненность и характер содержания которого зависят от уровня интеллектуального развития, возраста ребенка, особенностей течения заболевания. Слабость либо отсутствие контактов наблюдается по отношению как к близким, так и сверстникам. Аутичный ребенок, будучи дома с родными или в детском коллективе, большей частью ведет себя так, как будто находится один или «около» детей, нередко разговаривает сам с собой, а чаще молчит. Все его проявления вовне, даже игра, скупы, а в тяжелых случаях ограничиваются бедным набором стереотипных движений и мимики.

Ребенок тщательно скрывает свой внутренний мир от окружающих, часто ни о чем не рассказывает сам, не отвечает на вопросы. Нередко только по косвенным признакам, случайным звукам, а иногда неожиданным фразам близкие могут догадаться о его переживаниях, игре, фантазиях, страхах.

Аутизм, избегание контакта, очевидно, имеет отношение к тому, что эти дети часто эмоционально не дифференцируют неодушевленные предметы от одушевленных, а нередко предпочитают первые, питая к одушевленному значительную неприязнь.

Обращает на себя внимание отсутствие эмоционального резонанса на окружающую ситуацию, нередкие холодность и безразличие даже к близким, часто сочетающиеся с повышенной ранимостью, пугливостью, чувствительностью к резкому тону, громкому голосу, малейшему замечанию в свой адрес. Но иногда коротким высказыванием, одной фразой такой ребенок неожиданно может обнаружить тонкое понимание какой-либо ситуации.

Характерна болезненная гиперестезия к обычным сенсорным раздражителям: тактильным, температурным, свету, звукам. Обычные краски действительности для такого ребенка чрезмерны, неприятны, травмирующи. Поэтому окружающая среда, нормальная для здорового ребенка, для аутичного ребенка является источником постоянного отрицательного фона ощущений и эмоционального дискомфорта. Человеческое лицо особенно часто бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта. Ребенок, как в скорлупу, «уходит» в свой внутренний мир от чрезмерных раздражителей.

Болезненная гиперестезия и связанный с ней эмоциональный дискомфорт способствуют возникновению чувства неуверенности и являются благоприятной почвой для возникновения страхов.

Как показали данные специальных экспериментально-психологических исследований (В. В. Лебединский и О. С. Олихейко, 1972), страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. Как правило, дети сами не жалуются на страхи. Но при налаживании контакта выясняется, что многие

обычные окружающие предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, звук ветра), некоторые люди вызывают постоянное чувство страха. Страхи, пережитые в прошлом, сохраняются длительно, иногда годами и нередко являются причиной поведения, воспринимаемого окружающими как нелепое. Наполненность окружающего мира предметами, которых ребенок боится, часто неожиданно раскрывается в процессе игротерапии (В.В.Лебединский, О.С.Никольская, 1981). Выясняются и более сложные формы страхов: смерти и в то же время жизни, боязнь окружающего в связи с ощущением своей несостоятельности. Чувство страха вызывает все новое: отсюда стремление к сохранению привычного статуса, неизменности окружающей обстановки, перемена которой нередко воспринимается как нечто угрожающее, вызывая бурную реакцию тревоги на самые незначительные попытки изменения привычного существования: режима, перестановки мебели, даже смены одежды. С состояниями страхов связаны различные защитные действия и движения, носящие характер ритуалов.

Аутистические страхи искажают, деформируют предметность восприятия окружающего мира. В специальном экспериментальном исследовании, проведенном под нашим руководством Г. Ханиной (1980), было показано, что эти дети воспринимают окружающие предметы не целостно, а на основании отдельных аффективных признаков. Детям предлагался набор признаков, на основании которых нужно было угадать, какой предмет задуман экспериментатором. Давались два набора признаков: первый определял предмет однозначно, второй содержал взаимоисключающие признаки. Здоровые и больные дети правильно решали первую задачу. Однако при решении второй результаты были иными: здоровые дети, указывая на противоречия в предлагаемых признаках, отказывались от решения, больные же не замечали его и решали задачу на основе отдельных аффектогенных признаков, большей частью эмоционально окрашенных отрицательно. Так, например, при предъявлении набора признаков: «маленький - пушистый - добрый - злой - с длинными зубами» здоровые дети не давали никакого решения, а дети с ранним аутизмом, не чувствуя противоречия, называли волка, крокодила и т. д. Больному ребенку достаточно было одного аффективно-отрицательного признака, чтобы возник образ предмета, вызывающего страх. Полученные данные позволяют предположить, что стойкие страхи способствуют эмоционально отрицательно окрашенному представлению об окружающем мире, препятствуют формированию его устойчивости и тем самым вторично усиливают страх перед ним.

Еще Л. Каннер (1955) отмечал, что интеллектуальная недостаточность не является обязательной для раннего аутизма. Такие дети нередко могут иметь хорошие интеллектуальные возможности, паже быть парциально одаренными в различных областях: обладать абсолютным музыкальным слухом, играть в шахматы, рисовать, считать. Однако для их интеллектуальной деятельности в целом типичны нарушения целенаправленности, затруднения в концентрации внимания, явная пресыщаемость. Имеется определенная вычурность мышления, склонность к символике.

Наиболее же характерным является аутическая направленность всей интеллектуальной деятельности. Игры, фантазии, интересы и интеллектуальная деятельность в целом далеки от реальной ситуации. Содержание их монотонно, поведение однообразно. Дети годами одержимо играют в одну и ту же игру, рисуют одни и те же рисунки (часто - отдельные предметы), совершают одни и те же стереотипные действия (включают и выключают свет или воду, стереотипно бьют по мячу и т.д.), попытки прервать которые часто безуспешны. И в возрасте 8-10 лет игры часто носят манипулятивный характер. При этом характерно предпочтение манипуляций с неигровыми предметами: палочками, бумажками и т. д.

Аутистические фантазии, как правило, также имеют фабулу, оторванную от реальности, нередко вычурно-сказочную. Иногда имеется сюжет перевоплощения в животных. В отличие от игр и фантазий здорового ребенка в этих случаях наблюдается полный отрыв от реальности, захваченность всего поведения фантастическим сюжетом. Так, считая себя собачкой, зайчиком, волком ребенок требует не называть его по имени, по-особому кормить, ложиться спать на полу и т. д. В причудливом содержании фантазий и игр нередко можно уловить компенсаторную тенденцию изживания страхов, чувства собственной неполноценности. Иногда фантазии носят агрессивный характер, отражающий как гиперкомпенсаторные проявления, так и расторможенность влечений.

Аутизм отчетливо проявляется и в речи этих детей. Нередко при потенциально большом словарном запасе и способности к сложным оборотам дети не пользуются речью для общения. В одних случаях это может быть полный или почти полный мутизм, в других - аутичная речь, обращенная в пространство, к самому себе, эхолоалии при ответах на вопросы. Характерно неупотребление личных местоимений, речь о себе во втором или третьем лице. Тембр и модуляция голоса неестественны, часто вычурны и певучи. При недоразвитии коммуникативной функции речи нередко наблюдается повышенное стремление к словотворчеству, неологизмам, бесцельному манипулированию звуками, слогами, отдельными фразами из стихов и песен.

Как в игре, так и в поведении в целом обращает на себя внимание плохая моторика, неловкость произвольных движений, особая трудность в овладении элементарными навыками самообслуживания, еды и т. д. Неврологическое обследование обнаруживает мышечную гипотонию. Наряду с неловкостью и слабостью, особенно рук, характерны манерность и вычурность движений, склонность к гримасничанью, неожиданным и своеобразным жестам, трудно отличимым от навязчивых ритуалов.

Такова внешняя картина поведения ребенка с ранним детским аутизмом.

Все эти особенности прослеживаются в динамике развития аутичного ребенка с самого раннего возраста и, по существу, формируют специфическую аномалию его развития.

Уже до полутора летнего возраста выявляется слабость психического тонуса: общая вялость, недостаточность инстинктивной сферы (плохой аппетит, слабость инстинкта самосохранения, реакций на дискомфорт, мокрые пеленки, холод и т. д.). Ходьба долго остается неуверенной, страдает развитие целенаправленных действий. Но в то же время нередко наблюдается обилие стереотипных движений, ритмических разрядов, импульсивных действий. Едва научившись ходить, такой ребенок часто импульсивно бежит, не замечая

края, опасности.

В отличие от моторики в развитии речи нередко наблюдается опережение, но часто уже с самого начала речь отличается аутичностью, наличием «автономности», превалированием неологизмов. Маленький ребенок, едва научившись говорить, может одержимо повторять отдельные слова, читать стихи, аффективно расставляя интонационные акценты. Таким образом, более сложные психические процессы, такие, как речь, развиваются раньше, чем более элементарные.

Уже с раннего детства отмечается сенсорная и эмоциональная гиперестезия: даже в младенческом возрасте дети отрицательно реагируют на яркие игрушки, страдают от громких звуков, прикосновений одежды. Сначала эта чувствительность приводит к чрезмерной ориентировочной реакции, состоянию возбужденности. В дальнейшем она как бы истощается, внимание ребенка становится трудно привлечь, он мало или совсем не реагирует на обращение, игрушку, что иногда приводит к ложным опасениям в отношении слепоты или глухоты. К 2,5—3 годам часто нарастают стереотипные двигательные разряды, появляются однообразные аутистические игры. В 3—5 лет аутичный ребенок может быть еще не приучен к опрятности, часто к элементарным навыкам самообслуживания. Такие дети могут быть чрезмерно избирательны в еде и в то же время брать в рот несъедобное. Также с возрастом более четким становится характер речевых расстройств. Нарушение коммуникативной стороны речи с длительным сохранением в речевом развитии звукоподражательных, автономных слов, которые сосуществуют с общеупотребляемыми словами, делает речь аутичного ребенка вычурной и нередко труднодоступной для понимания. Ненаправленная вербальная активность нередко прерывается мутизмом.

При потенциально сохранном интеллекте, а иногда, как указывалось, и рано выявляющейся частичной одаренности (музыкальной, математической) эти дети находятся вне реальной ситуации и на предъявляемые требования дают реакции негативизма с частым отказом от даже уже существующих умений и навыков. С возрастом в большинстве случаев все более выступает нецеленаправленность поведения, его слабая связь с ситуацией, противоречивость всей психической сферы ребенка.

При обсуждении сущности основного расстройства, определяющего синдром раннего детского аутизма независимо от этиологии, различные авторы выделяют ряд факторов. Сторонники господствовавшего ранее психоаналитического направления (Б. Беттельхейм, 1967 и др.), рассматривающие аутизм как результат подавления холодными, «доминантными» родителями спонтанной эмоциональной активности ребенка, усматривают основной дефект в трудностях формирования устойчивой, константной картины мира, в норме являющейся результатом не только когнитивного, но и эмоционального развития. «Уход в себя» представляется следствием ранней психогенной травматизации. Другое психоаналитическое объяснение того же феномена ставит во главу угла патологическую фиксацию симбиотической связи «мать-ребенок», изолирующую последнего от окружающего мира и мешающую формированию адекватного представления о нем (Г. Бош, 1970). Клиницисты усматривают основной дефект при раннем детском аутизме в слабости «я», нарушении сознания и активности (Я. Лутц, 1968), во врожденной инстинктивной недостаточности (Г. Аспергер, 1944), врожденной тревожности (С. Шесс, 1978), в недостаточности интуиции, неспособности понимания переживаний других людей (Д. Ван-Кревелен, 1971), снижении потребности в общении (Г. Е. Сухарева, 1974).

Ряд исследователей пытаются объяснить разнообразные проявления раннего детского аутизма нарушениями определенных психофизиологических механизмов: первичным снижением витального тонуса (С. С. Мнухин, 194), нарушением уровня бодрствования (Б. Римланд, 1964) и т.д. Многочисленны данные о роли патологии восприятия: дефектности дистантного восприятия при сохранности контактного (П. Пронвост, 1968); низких, а по другим сведениям, - высоких сенсорных порогах (Р. Бергман и С. К. Эскалона, 1949; Е. Г. Антони, 1958; С. Г. Хатт с сотр., 1975). Л. Десперт (1951), Б. Гольдфарб (1961), Е.М.Орниц (1969) предполагают парадоксальность реакций на сенсорные раздражители: в условиях чрезмерной сенсорной чувствительности («недостаточной фильтрации стимулов») возникает гиперкомпенсаторный механизм защиты, который обуславливает дефицит информации и вторично - явления психической депривации. Е. М. Орниц (1969) связывает нарушение константности восприятия аутичных детей с патологией вестибулярной системы. Л. Бепдер (1959) полагает, что расстройства функций вестибулярного аппарата обуславливает страх при нарушении равновесия, тенденцию к вращательным движениям.

Имеются данные о нарушениях речи (дисфазии, по Д. Веберу, 1978), понимания значений слов (Б. Хермелин и М. О. Коннер, 1970; Д. Б. Черчилль, 1978), о неспособности к усвоению грамматических правил (М. Раттер, 1978).

Ряд исследователей рассматривают перцептивные и речевые трудности в контексте более общих интеллектуальных нарушений (М. Мейер, 1969 и др.). Б. Хермелин и М. О. Коннер (1970) оценивают нарушение речи у детей, страдающих аутизмом, как одно из проявлений недостаточности мышления, а именно невозможности использования знаков и символов.

В серии специальных, психологических экспериментов, проведенных М. В. Гиппенрейтер (1981), было показано, что у детей, страдающих ранним аутизмом, имелась тенденция к худшему по сравнению с нормой выполнению перцептивных задач. Н. В. Захарова (1982), получившая сходные данные о худшем опознании предметных изображений детьми, страдающими шизофренией, чем их здоровыми сверстниками, объясняет это явление с позиций гипотезы Ю. Ф. Полякова (1974) о недостаточной избирательности психических процессов, прежде всего мышления, при шизофрении и конституциональных особенностях шизоидного круга.

В отдельных исследованиях (Л. Винг, 1978; В. Е. Каган, 1981 и др.) обсуждаются возможности преимущественной мозговой локализации поражения, обуславливающей симптоматику раннего детского аутизма: нарушение корковых функций, преимущественно левого полушария, в том числе речевых зон; субкортикальная локализация с нарушением интеграции интеро- и экстерорецепции; гипоактивность правого полушария в переработке образной и символической информации.

Особую группу представляет этологический подход к исследованиям аутичного ребенка (С. И. Хатт с сотр.,

1964; Е. А. Тинберген и М. Тинберген, 1972; П. Ховлин с сотр., 1973; Д. Ричер, 1978 и др.). Эти работы дают характеристику поведения аутичного ребенка в социальной ситуации, в условиях его вовлечения во взаимодействие. Показано, что аутичный ребенок имеет особенно низкий порог социального избегания, который закрепляется с возрастом, по мере накопления несостоятельности контактов со взрослым. Для понимания механизмов такого низкого порога привлекаются эксперименты с нормальными младенцами (А. Бразельтон с сотр., 1974), у которых фиксировались колебания направленного внимания и уход от контакта при обращении матери к ребенку, а именно периоды ослабления этого внимания.

Каждое из рассмотренных выше направлений исследований внесло свой вклад в понимание аутизма. Психоаналитические концепции, если и не смогли доказать его психогенную природу, то все же привлекли внимание к роли нарушений эмоциональных связей больного ребенка с матерью, указали на необходимость психотерапии не только ребенка, но и семьи в целом. Клиницисты описали психопатологию раннего детского аутизма. Психологические исследования очертили ряд трудностей, выходящих за рамки эмоциональных нарушений, выявили особенности отдельных психических процессов, прежде всего восприятия, мышления и речи. Исследования этиологического направления были обращены к изучению и онтогенетически наиболее ранних форм спонтанной активности аутичного ребенка и на этой основе - попытке развития его контактов с окружающим.

Таким образом, в изучении раннего детского аутизма имеются разные направления исследований.

Опираясь на данные, накопленные различными исследователями, исследуя собственный экспериментальный и коррекционный опыт (В.В. Лебединский с соавт., 1971, 1972, 1974, 1975, 1980, О. С. Никольская, 1980), мы совместно с О. С. Никольской (1981) предложили рабочую гипотезу, позволяющую представить механизмы наблюдаемых при раннем детском аутизме психических расстройств в определенной системе.

Часть из них, патогенетически наиболее замкнутая на невыясненный до настоящего времени биологический субстрат повреждения, может быть отнесена к основным дефектам, другие, возникающие опосредованно как следствие аномального развития в условиях первичных дефектов - ко вторичным.

К основным трудностям, мешающим психическому развитию аутичного ребенка, по этим данным могут быть отнесены следующие:

- дефицит психической активности;
- тесно связанные с ним нарушения инстинктивно-аффективной сферы;
- нарушения сенсорики;
- нарушения двигательной сферы;
- нарушения речи.

Эти нарушения могут быть разделены на две основные группы: одна из них связана с недостаточностью регуляторных систем (активирующей, инстинктивно-аффективной), другая - с дефицитностью анализаторных систем (гностических, речевых, двигательных). Исходя из представлений о системной организации психических процессов, можно попытаться установить характер нарушений их взаимосвязей при раннем детском аутизме.

Согласно представлениям Н. А. Берштейна (1947), могут быть выделены два уровня регуляции: первый - палеорегуляции, локализуемый в подкорковых образованиях, второй - неорегуляции, связанный с передними отделами коры головного мозга.

Нарушения активирующей сферы при раннем детском аутизме позволяют предположить преимущественное нарушение именно палеорегуляции, обуславливающей ряд подкорковых нарушений.

Как известно, базальный уровень палеорегуляции составляют гуморальные и вегетативные процессы, обеспечивающие тоническую основу нервно-психических функций. От состояния тонической регуляции зависит уровень бодрствования, психической и моторной активности, побуждений к деятельности.

Дефицит психического тонуса, как отмечалось выше, особенно характерен для раннего детского аутизма.

Пользуясь терминами Г. Селье, можно сказать, что аутичный ребенок в процессе любой деятельности не удерживается на стадии приспособительной мобилизации психического тонуса, а находится на стадиях патологического напряжения и истощения. В общей картине раннего аутизма эти стадии могут чередоваться и проявляться в большей или меньшей степени и в зависимости от тяжести состояния.

Психологическое исследование аутичного ребенка (В. В. Лебединский, О. С. Никольская, 1981) выявляет как исходные нарушения концентрации внимания, так и его «мерцания», быструю истощаемость. К резким колебаниям активного внимания, когда ребенок практически целиком выключается из ситуации, возможно, относятся и описываемые клиницистами «шперрунги» - кратковременные потери мысли. Слабость моторного тонуса, типичная для детей с ранним аутизмом, также является показателем патологии наиболее низкого, палеокинетического уровня построения движений.

Патологией регуляторных систем можно объяснить ряд нарушений восприятия и аффективной сферы.

Афферентное звено палеорегуляции, являясь ведущим в отображении внутренних состояний, участвует в построении образа внешнего мира. Древняя протопатическая чувствительность не дает точной локализации во внешнем пространстве и в пространстве тела. Ее характеризует трудно локализуемые ощущения с выраженной аффективной окраской приятного-неприятного. Еще Г. Хэд отмечал, что протопатический компонент чувствительности имеется внутри отдельных модальностей. Во вкусовой и обонятельной чувствительности он играет ведущую роль, в зрительной и слуховой - подчиненную. Однако его наличие и значение особенно наглядно в патологических случаях. У детей, страдающих аутизмом, нарушения витального аффекта приводят к тому, что чувство «неприятного» сопровождает все виды восприятия, придавая им болезненный, гиперпатический оттенок. Такая первичная искаженность эмоционального фона - тенденция к иррадиации аффекта в направлении отрицательной эмоциональной доминанты по закону реципрокности оказывает угнетающее влияние на

положительные эмоции.

Наблюдаемая парадоксальность поведения ребенка в определенной мере обусловлена аффективной аутостимуляцией: на фоне постоянного ощущения сенсорного дискомфорта дети стремятся к получению определенных активирующих впечатлений (тяга к огню, воде, раскачиванию, прыжкам и т. д.). Можно думать, что эта аффективная аутостимуляция носит компенсаторный характер и направлена не только на повышение психического тонуса в целом, но и на избирательную стимуляцию положительных эмоций, имеющих наиболее слабую тоническую

основу. Усиление эмоциональной положительной доминанты является настолько витально важным для ребенка, что он идет на нередко сопутствующие этому неприятные ощущения, пытаясь регулировать состояния сенсорного дискомфорта (раскачиваясь на скрипящих качелях, затыкает уши, на время закрывает глаза и т. д.). Отрицательная эмоциональная доминанта является причиной того, что эти дети и мир в целом воспринимают как набор отрицательных аффективных признаков. Это обуславливает состояния диффузной тревоги и многочисленных страхов.

Таким образом, уже на уровне подкорковых образований возникает «узел» нарушений, в значительной мере определяющий особенности нервно-психического развития детей, страдающих аутизмом.

Однако, как показали проведенные нейропсихологические исследования (В. В. Лебединский, О. С. Никольская, 1981), у таких детей имеет место ряд корковых нарушений, тесно связанных с подкорковой патологией. Так, двигательные нарушения нередко напоминают явления эфферентной моторной апраксии с отсутствием плавности, толчкообразностью, машинообразностью движений, их неловкостью, неуклюжестью при выполнении простейших действий, отсутствием гибкости. В этих явлениях просматривается прямая связь между корковыми и подкорковыми нарушениями, их тонической и синергической основами.

В других, более грубых случаях наблюдается нарушение организации программы движения и осмысления предмета как орудия или объекта целенаправленной деятельности. Об этом говорит тот факт, что при поэтапном разложении педагогом цепочки действий ребенок получает лучшую возможность его осуществления. Сочетание относительной сохранности отдельных операций с более выраженным нарушением их временно-пространственной развертки, возможно, указывает не только на эфферентный, но и афферентный характер нарушений, определенную связь апрактических и гностических расстройств.

Клинические описания застывшего или «скользящего» взора, неустойчивости зрительной фиксации позволяют предположить и зрительно-моторные нарушения.

Прослеживается прямая связь между характером первичных двигательных расстройств, связанных с нарушением тонической регуляции, и речевых. Имеется не только нарушение потребности в речевом общении, но страдает и сама возможность реализации этого акта. Диапазон этих расстройств достаточно широк и включает в себя дизартрические явления, нарушения темпа, ритмической организации речи (ее скандированность, толчкообразность), а в тяжелых случаях нарушения, напоминающие явления алалии. Генезис этих расстройств требует дальнейшего изучения.

Таковы, на наш взгляд, соотношения основных расстройств, характерных для раннего детского аутизма.

Однако, как и при любой другой аномалии развития, общая картина тяжелого психического дефекта не может быть прямо выведена только из его биологических первопричин.

Многие, даже основные проявления раннего детского аутизма могут быть расценены в этом смысле как вторичные, возникающие в процессе психического дизонтогенеза.

Механизм формирования вторичных нарушений наиболее очевиден при рассмотрении клинической картины сквозь призму аномального психического развития.

Психическое развитие не только страдает от биологической неполноценности, но и приспосабливается к ней как к внешним условиям.

Исходная энергетическая недостаточность и связанные с ней слабость побуждений, быстрые истощаемость и пресыщаемость любой целенаправленной активности, низкие сенсорные пороги с выраженным отрицательным фоном ощущений, повышенной готовностью к реакциям тревоги и страха - все толкает аутичного ребенка на ригидное сохранение привычного статуса, шадящей внешней обстановки. Более того, аутичный ребенок оценивает как опасные большинство ситуаций взаимодействия с окружающим. Аутизм в этом плане может быть представлен как основной именно из вторичных синдромов, как компенсаторный механизм, направленный на защиту от травмирующей внешней среды.

Аутистические установки являются наиболее значительными в иерархии причин, формирующих само аномальное развитие такого ребенка.

Наиболее страдает развитие тех сторон психики, которые формируются в активных социальных контактах. Как правило, нарушается развитие психомоторных навыков. Период с 1,5 до 3 лет, являющийся в норме временем овладения навыками опрятности, одевания, самостоятельной еды, игровых действий с предметами, для ребенка, страдающего аутизмом, часто оказывается кризисным, труднопреодолимым. При этом, в отличие от других категорий детей, имеющих двигательные дефекты, у аутистов нет или почти нет самостоятельных попыток компенсации этих трудностей.

В развитии восприятия вторично страдают те стороны, которые формируются под воздействием предметной практики (планомерное обследование объекта, выделение заданных признаков и т. д.). Аффективный компонент восприятия, который у здорового ребенка к школьному возрасту становится подчиненным, у детей с ранним аутизмом часто сохраняет самостоятельное и даже ведущее значение. Так, в проведенном нами специальном эксперименте больные дети при предъявлении предметных изображений дифференцировали их по принципу: «приятные» (темные) и «неприятные» (светлые). В неопубликованном исследовании М. В. Гиппенрейтер (1980)

показано, что если в норме после трех лет фактура предмета предпочтительно определяется зрительно, то у детей-аутистов тактильная, тактильная оценка объекта остается ведущей вплоть до школьного возраста.

В развитии речи, лишенной предметной основы, также имеются признаки вторичной асинхронии. Наряду с общеупотребительной речью сохраняется и автономия, которая обладает тенденцией к вытеснению первой (особенно в аффективно насыщенных ситуациях, например в аутистических играх). Это сохранение автономной речи с преобладанием аффективно-образных звуковых компонентов не только еще более задерживает речевое развитие в целом, но и вносит в это недоразвитие свою специфику - отсутствие единства между акустической и смысловой стороной слова. Слово больше выступает не с содержательной, а с фонетической стороны (например, в пиктограмме слово «печаль» ассоциируется с изображением печати). Отсутствие единства акустической и смысловой стороны речи приводит к диффузным связям между словом и предметом.

О. С. Никольской (1981) выделены следующие три группы детей по степени тяжести и характеру вторичных нарушений речевого развития:

1) дети с наиболее тяжелыми нарушениями, которым коммуникативная речь в принципе недоступна. Ребенок манипулирует отдельными звуками, носящими чисто аффективный характер и не служащими целями контакта. У таких детей много аутоэхолалий и нет или крайне мало эхолалий, которые на раннем этапе речевого развития в норме служат обогащению речи и речевого приспособления к конкретной ситуации. Эти дети могут продуцировать отдельные слова лишь в аффективных ситуациях;

2) дети, у которых речевое развитие менее затруднено. Первые слова могут появляться в нормальное время. Элементарная фраза складывается часто к 3—4 годам, но не развивается дальше; речевой словарь представляет бедный набор отдельных слов - штампов. Характерны не только аутоэхолалий, но и эхолалий на уровне отдельных слов и простых фраз, что дает определенную возможность для коррекционной работы по развитию речи;

3) дети, которые при, казалось бы, хорошо развитой речи, большом словарном запасе, рано усвоенной развернутой фразе затрудняются в свободном оперировании речью и используют стереотипный набор фраз, производящий впечатление «попугайности», «фонографичности» речи. Разные степень и характер речевых расстройств отражаются и в возможностях их компенсации. Наименьшие трудности связаны с развитием понимания речи. Осуществление же ее развернутого экспрессивного компонента особенно тяжело поддается коррекции и в некоторой степени возможно лишь при опоре на внешний образец - при прочитывании или написании готовой фразы, ритмической группировке слов. Это позволяет предположить, что в речевых нарушениях, как и в двигательных, имеются трудности разворачивания отдельных актов в заданной последовательности. Это предположение требует специальной экспериментальной проверки.

Нарушение взаимодействия психических функций наиболее специфично проявляется в формировании и мышления аутичного ребенка.

В дошкольном возрасте наиболее яркой моделью деятельности, в которой проявляются особенности интеллектуального развития, является игровая. Выше описывался ряд наблюдаемых нами особенностей игры детей, страдающих ранним аутизмом.

Нами, совместно с А. С. Спиваковской и О. Л. Раменской (1974), исследовалась индивидуальная игра аутичных детей (от коллективной они отказывались), как спонтанная, так и по заданным сюжетам вместе с экспериментатором.

Ролевая игра по заданному сюжету отличалась большой неустойчивостью, быстро прерываясь действиями, либо беспорядочными, либо не относящимися к игре (пением, разговорами на посторонние темы, исследованием неигровых предметов). Кратковременное возвращение к игре без какой-либо логики сменялось переходом к другой роли и другому сюжету, также не получившим развития.

В спонтанной же игре наблюдалась, наоборот, патологическая инертность как самого сюжета, так и принятой роли, со стереотипностью фабулы, неизменностью деталей. Отвлечения на неигровые действия, столь характерные для игры этих детей по заданному сюжету, здесь отсутствовали.

В отличие от здоровых детей, которые перед началом игры проводили активную ориентировку в игрушках, исследовали их функции, предпочитали игрушки специализированные, дающие возможность производить более сложные предметные действия, аутичные дети были малоактивны как в ориентировке среди игрушек, так и в их использовании. Они предпочитали неспециализированные игрушки (яркие кубики, бусы и т. д.), а из специализированных - наиболее простые, не предполагающие сложных предметных действий. Неспециализированные игрушки и в их спонтанной игре оказывались аффективно значимыми. Часто в качестве игрушек использовались бытовые предметы: водопроводные краны, бумажки, тряпочки и т. д. Обращало внимание тяготение к неоформленным материалам (песку, воде), интерес к простым физическим эффектам, получаемым при действиях с предметами (скрип дверей, шум воды, шуршание бумаги, «зайчик» от зеркала и т. д.). Наблюдалось значительно больше манипуляций, как адекватных, так особенно неадекватных, и значительно меньше предметных действий, чем в игре здоровых детей. Часто отмечалось преобладание речевых действий: высказывания о кормлении кукол, укладывании их спать, постройке дома и т. д. не находили отражения в стереотипных действиях и манипуляциях. В спонтанных играх-фантазиях действия с игрушкой нередко вообще отсутствовали; она находилась в руках или лежала рядом, а весь сюжет разыгрывался только в вербальном плане. Однако эти же дети могли в игре производить и сложные предметные действия, целью которых являлось всего лишь получение простых физических эффектов. Так, освоив действия с экскаватором, имеющим несколько взаимосвязанных рычажных устройств, ребенок использовал их лишь для получения шумового эффекта, возникающего лишь при высыпании кубиков. По мере развертывания спонтанной игры нарастали неадекватные интонирования, многократное повторение одних и тех же слов. Аффективно насыщенная акустическая сторона слова приобретала самостоятельное значение - возникали явления автономной речи.

В проведенном нами специальном экспериментальном исследовании игровых обобщений у этих детей с использованием методики игрового замещения, требующей установления функциональной эквивалентности между предметами (В. В. Лебединский, А. С. Спиваковская, О. Л. Ра-менская, 1974), установлен диффузный характер связи между словом и предметом.

Эксперимент показал, что здоровые дети в качестве заместителей охотнее выбирают полифункциональные предметы (в качестве грузовика - коробку, ложки - палочку). При выборе заместителя ими учитывался комплекс свойств: размер, форма, цвет, функция. Специализированная игрушка принималась в качестве заместителя только при наличии функциональной эквивалентности. Функция игровых предметов была достаточно подвижной и зависела от сюжета игры (сани в игре «в дочки-матери» становились кроватью). Однако при этой подвижной иерархии свойств у здорового ребенка все-таки «все не может быть обозначено всем» (Выготский), выбор игрушки-заместителя определялся предметным действием.

У детей с аутизмом замещение носило иной характер. В спонтанных играх наблюдалась большая конкретность: отказ от заместителя, не представляющего копии замещаемой игрушки (так, стереотипно играя с часами, больной отказывался заменить их часами другого размера и формы). По отношению же к аффективно незначимым игрушкам наблюдалось, наоборот, значительное расширение круга заместителей по сравнению с нормой. При их выборе учитывался не комплекс свойств, а лишь отдельные. Так, заместителем игрушки-гаража выбирался пластмассовый кубик, гораздо меньший, чем игрушечный автомобиль. Заместитель не включался в игровое действие. Его выбор определялся лишь одним перцептивным сходством (кубической формой); функциональные же признаки, связанные с предметным действием (необходимость большего объема, полого пространства), не учитывались. Больные дети значительно чаще, чем здоровые, использовали в качестве заместителей специализированные игрушки, игнорируя при этом их функциональные свойства. Практический опыт ребенка не оказывал влияния на выбор заместителя: «все могло быть обозначено всем». Стабилизирующая роль предметного действия отсутствовала.

Таким образом, анализ игровой деятельности выявил ряд ее патологических особенностей. Прежде всего это более низкий возрастной уровень: недоразвитие предметных игровых действий, предпочтение манипуляций, ориентировка на перцептивно яркие, а не функциональные свойства предмета. Ряд проявлений игровой деятельности (неадекватные манипуляции, разрыв между действием и речью) свидетельствует о своеобразии асинхронии игровой деятельности, не укладывающейся только в рамки задержки развития.

При попытке психологического объяснения такого нарушения развития игры прежде всего встает вопрос, связано ли оно с патологией интеллектуальной либо эмоциональной сферы. В пользу первичных интеллектуальных нарушений могли бы говорить недостаточное развертывание игрового сюжета, «недоучет» функциональных свойств игрушек (предпочтение более простых), манипулятивный характер действия. Однако предположению об интеллектуальном генезе нарушения игры противоречит принципиальная доступность большим сложным действиям с игрушками. В пользу аффективной природы как недоразвития, так и искажения игровой деятельности аутичных детей свидетельствуют значительные различия результатов в заданной и спонтанной играх: явное предпочтение последней, большая устойчивость ее сюжета и принятой роли, возможность выполнения сложных действий для достижения желаемых результатов.

Основное различие заданной игры и спонтанной в том, что первая из них является социализированной, вторая - аутичной. Поэтому наблюдаемые особенности дизонтогенеза игры представляются связанными с аутизмом. Именно те виды игровой деятельности, которые предполагают выход за пределы аутичного мира больного ребенка, не вызывают положительного эмоционального резонанса.

Скорее всего этим и можно объяснить многие из полученных данных. Так, игнорирование заложенной в игрушке коммуникативной функции объясняет предпочтение неспециализированных игрушек, обладающих этой функцией в меньшей мере, и неигровых предметов, вообще часто ее не имеющих. Недоразвитие предметного действия, диффузность связи между предметом и словом также могут быть результатом отсутствия потребности в овладении социальными отношениями, их эмоциональной незначимостью и даже неприятием.

Полученные данные об искажении нормальных этапов игры у детей с ранним аутизмом могут пролить дополнительный свет и на некоторые механизмы самих патологических игр. Так, аутистическое суждение количества аффективно значимых игрушек имеет значение в стереотипизации игры. Возникновение разрыва между действием и речью, эмоциональная незначимость предметного действия могут способствовать развитию игры только в речевом плане (игры-фантазии, игры-грёзы). Таким образом, представленные экспериментальные данные указывают на связь ряда нарушений мышления и интеллектуальной деятельности в целом с недостаточностью аффективной сферы (явлениями аутизма).

Для исследования динамики указанных особенностей мышления у детей с ранним аутизмом мы обратились к психологическому изучению больных младшего школьного возраста. Как известно, в этом периоде ведущей деятельностью становится обучение. Поэтому в качестве экспериментального метода мы выбрали решение задач Пиаже на сохранение количества. Исследовались дети 8-11 лет, страдающие ранним аутизмом (В. В. Лебединский, Е. Ю. Новикова, 1975).

Как известно, эксперимент состоит в следующем: перед ребенком дошкольного возраста ставятся два одинаковых сосуда, наполненных подкрашенной жидкостью до одной высоты. На его глазах воду из одного из них переливают в третий, другой формы. Ребенка спрашивают, в каком из наполненных сосудов больше воды. Если третий сосуд более узок и поэтому уровень воды в нем выше, то ребенок говорит, что воды стало больше. Если же третий сосуд шире и поэтому уровень воды понижается, то ребенок отвечает, что воды стало меньше. В другой задаче ребенку показывают два одинаковых по величине и весу шарика из пластилина. Экспериментатор на глазах у ребенка меняет внешний вид одного из них: удлиняет в цилиндр, расплющивает в лепешку или разрезает на

несколько кусочков. И в этом случае ребенок усматривает увеличение вещества. Эта ошибка, типичная для здорового ребенка дошкольного возраста, вызвана тем, что его мышление еще в значительной мере обусловлено суждением о предмете на основе перцептивно наиболее яркого свойства. По данным Пиаже, этот феномен спонтанно снимается к школьному возрасту, а при специальном обучении -еще раньше.

Впервой, констатирующей части проведенного нами эксперимента при решении задач Пиаже у всех детей с ранним аутизмом была обнаружена стойкая ориентировка на перцептивно яркие признаки предметов. Попытка ввести измерение в решение задач успеха не имела.

Вторая часть опыта представляла собой экспериментальное обучение, направленное на выделение различных параметров предмета: длины, высоты, ширины, площади, веса (методика Л. Ф. Обуховой). В результате обучения у всех больных было сформировано понятие о сохранении вещества и были сняты феномены Пиаже.

Характер трудностей в обучении был двоякого рода: одни из них были сходны с наблюдаемыми у здоровых детей более младшего возраста, другие характерны только для больных детей. К числу первых относились трудности, наблюдаемые у всех больных при фиксировании заданного признака в условиях конкурирующего перцептивного воздействия. Большинство больных детей без труда находили заданный признак в предмете, если он был перцептивно ярким. Однако, если он не доминировал, ребенок, несмотря на правильное воспроизведение инструкции, выбирал параметр, перцептивно более яркий. Аналогичные ошибки наблюдались при выборе орудия мерки. Вместо мерки, адекватной заданному свойству (например, стакана для измерения количества воды), ребенок выбирал мерку для доминирующего признака (линейку для измерения высоты сосуда).

К числу нарушений второго рода, наблюдаемых только у больных детей, относилось, во-первых, отсутствие целенаправленности. Часто наблюдалась подмена измерения поиском перцептивного сходства между заданным параметром и орудием измерения. Так, на вопрос экспериментатора, как можно измерить воду в бутылке, мальчик выбирал среди лежащих перед ним предметов ключ и прикладывал его закругленный конец к горлышку бутылки: «Здесь кругленькое и у бутылки тоже». Во-вторых, имелись ошибки, вызванные недостаточным учетом результата собственных действий. Так, процесс взвешивания выполнялся, как правило, методом проб и ошибок. В-третьих, наблюдались трудности, связанные с описанием процессуальной стороны действия в речи. Спонтанного проговаривания действий не наблюдалось. Действия измерения выполнялись молча, а речевые высказывания относились к посторонним явлениям. На просьбу экспериментатора подробно рассказать, как производилось измерение, дети давали ответы, касающиеся только его результата.

Иные результаты были получены в решении задач, бывших для ребенка эмоционально положительно значимыми. Так, один из детей при выполнении большинства задач действовал невнимательно и неаккуратно. Но он охотно взвешивал предметы: обращал внимание на любую деталь, настойчиво, долго подбирал гири, не доверяя экспериментатору. Попросил даже снять с чашки весов приклеившийся пластилин, так как тот «имеет свой вес».

При психологическом анализе проведенных данных прежде всего возникает вопрос, с чем связано длительное доминирование перцептивных обобщений, несмотря на достаточное развитие понятийного мышления. Сходство в этом отношении с характером игровых действий детей более младшего возраста позволяет предположить, что скорее всего это вызвано задержкой развития предметного восприятия, трудностями планомерного обследования и сличения предметов по нескольким параметрам. Эти явления включены в контекст более общего нарушения предметных действий. их незаконченности, склонности к редуцированию до отдельной операции, замены перцептивным сравнением.

Однако компенсация наблюдаемых расстройств в условиях положительной эмоциональной настроенности позволяет и здесь, так же как в игре, предположить большую роль мотивационной сферы, как фактора, определяющего недоразвитие восприятия и предметного действия. Если потребность в овладении предметным миром и социальными отношениями является ведущим фактором развития здорового ребенка, то у детей, страдающих ранним аутизмом, эта потребность значительно снижена в связи с аутистической направленностью. В результате не только нарушается усвоение социального опыта в целом, но вторично страдают те стороны психического развития, которые непосредственно связаны со средствами расширения социальных контактов, прежде всего активное овладение орудийными функциями предметов. Уязвимыми оказываются те стороны восприятия, которые развиваются под воздействием предметной практики. Это положение подтвердилось и исследованиями Н. В. Захаровой (1982).

Так же избирательно нарушается и речь. Если способность к словесным обобщениям, возможность действовать не с предметами, а их значениями развиты достаточно, то речевой анализ собственных действий, основанный на потребности информировать о них другого, сформирован недостаточно.

Можно предположить, что в результате аутистических установок в поле сознания больного ребенка поступает лишь часть необходимой с точки зрения социальной практики информации о предметах, их свойствах и функциях. В то же время приобретают самостоятельное значение не координированные с функциональными (социально более значимыми) такие перцептивные свойства предметов, как цвет, форма, размер. В этих условиях при решении задач Пиаже, где имеется конфликт между зрительно воспринимаемой ситуацией и смыслом поставленной задачи, больной ребенок ориентируется не на существенные признаки, а на глобальные перцептивные впечатления.

Результаты приведенных исследований указывают на тесную связь искажения интеллектуального развития при раннем детском аутизме с недоразвитием предметного действия и предметности восприятия, слабостью координации между речью и действием (В.В.Лебединский, 1975). Сходные данные были получены Ю. Ф. Поляковым, Т. К. Мелешко и С. М. Алейниковой (1979) при исследовании детей с диагнозом шизоидной психопатии или вялотекущей шизофрении. Применение модификации методики Пиаже («на пересечение классов»), методики классификации предметов и ряда других выявило, что развитие мыслительных операций, связанных с

оперированием формальными признаками, не дифференцированными по критерию социальной значимости, идет у этих детей с опережением по сравнению с нормой. И наоборот, уровень формирования мыслительных операций, для которых необходима опора на социально значимое содержание предметов, несколько отстает. В других опытах указанных авторов (1980) этим же детям было предложено задание на «конструирование объектов» из набора признаков, предложенных в виде словесных определений. Как показал эксперимент, и здесь больные дети обобщали, исходя из внешнего объединения признаков, на основании случайных непостоянных свойств. Это явление авторы тоже объясняют «ослаблением детерминации избирательности мышления опытом социально-практического использования предметов окружающей действительности, ухудшением ориентировки ребенка в практической значимости ранжировки объектов, их свойств и отношений». Все эти особенности авторы также связывают с наличием аутистических установок - ослабленной потребностью в контактах с социальной средой.

Полученные данные позволяют вернуться к обсуждению выдвинутого Л. С. Выготским (1931) положения о комплексном характере мышления при шизофрении, при котором нарушения формирования понятий в значительной мере связаны с искажением значения слов.

Как известно, вербальные понятия возникают на достаточно позднем этапе развития ребенка. Наряду с вербальным отображением действительности существуют двигательное и перцептивное, в которые как необходимый компонент входит аффективный образ окружающего. Генетически эти системы неоднородны; речевая надстраивается над первыми двумя, перестраивая их на категориальной основе. Влияние речи, как системы, категоризирующей восприятие, для современной психологии очевидно. Это влияние «сверху вниз». Однако возникает вопрос, какими свойствами первично должно обладать восприятие, чтобы обеспечить адекватное предметное наполнение понятийных единиц. Язык отображает действительность в чрезвычайно обобщенных единицах. Поэтому можно думать, что для того, чтобы речь могла «опереться» на восприятие, нужно, чтобы последнее также обладало бы уже известной обобщенностью. Иначе говоря, чтобы язык и восприятие были бы не слишком различны по принципу и уровню отображения окружающего. Для этого восприятие должно «уметь» отображать мир в инвариантах. Однако известно, что восприятие не обладает указанными свойствами обобщенности изначально. Такая «организация» осуществляется в процессе взаимодействия восприятия и действия, а точнее, в процессе развития предметной деятельности. Способ категоризации, присущий языку, фиксирует те свойства, которые существенны как раз с точки зрения предметной деятельности. Однако, как было показано выше, предметные действия у детей, страдающих аутизмом, наиболее задержаны в своем развитии. В результате восприятие оказывается вне организующего воздействия со стороны предметного опыта.

Таким образом, своевременно не складываются межцентральные взаимодействия, отдельные психические процессы развиваются в условиях изоляции. При этом степень продвинутой отдельных психических процессов будет определяться тем, насколько данная функция может развиваться на собственной узкой базе, без воздействия со стороны других функций. Формируются выраженная диспропорция интеллектуального развития, сочетание значительных достижений в одних областях с недоразвитием в других. Эта диспропорция и лежит в основе образования сложных патопсихологических симптомов, создающих картину искаженного психического онтогенеза.

Сложным является вопрос о развитии у детей, страдающих аутизмом, самосознания. В тяжелых случаях страдает генетически наиболее ранний уровень самосознания - представление о своем физическом «я». В неопубликованных опытах Е. Е. Обуховой (1972) детям, стоящим перед зеркалом, предлагалось на себе показывать отдельные части тела (глаза, нос, ухо и т. д.). Здоровые дети к трем годам задание выполняли правильно, отождествляли себя с изображением в зеркале, но при этом одни части тела показывали на себе, другие в зеркале. Наблюдалось рассогласование между отдельными сторонами физического «я»: формированием образа тела и локализацией его в пространстве. Последняя, по-видимому, определяется активными предметными действиями и взаимодействием с окружающими. Можно предполагать существование связи с этим явлением и недоразвития в речи детей-аутистов координаты «я» как ядра временно-пространственной системы языка.

Подобное глубокое недоразвитие самосознания делает аутичного ребенка рабом окружающего «поля» (по терминологии К. Левина). Феномены, описанные К. Левином, нигде не выступают так ярко, как при раннем детском аутизме. При слабости внутренних побуждений активность ребенка направляют положительные или отрицательные «валентности» предметов. Это делает особо чувствительными аутичных детей к структуре «поля», усугубляет пресыщаемость, стремление к обязательному завершению действия, к постоянству окружающей среды. Игнорирование взрослыми этих особенностей поведения ребенка при малейшем изменении окружения приводит к явлениям фрустрации.

Таким образом, патологические особенности психического развития выступают при аутизме не только в виде отдельных нарушений психического тонуса, аффективной сферы, восприятия, моторики, речи, дефектности регуляторных систем, но и как связанная с этими нарушениями и затруднениями социальной адаптации асинхрония развития в целом, искажение нормального взаимодействия формирующихся психических функций.

Дизонтогенез аутичного ребенка, представляющий собой сложную комбинацию первичных и вторичных дефектов, требует разработки коррекционных приемов их преодоления, дифференцированных в зависимости от функции, на которую направлена коррекция.

Полученные данные об особенностях эмоциональной сферы детей с ранним аутизмом позволили разработать специальную методику психологической коррекционной работы, в первую очередь психотерапии и в частности игротерапии (В. В. Лебединский и О. С. Олихейко, 1972; О.С.Никольская, 1980; А. С. Спиваковская, 1980; О.С.Никольская, 1981, 1982), этапы которой разработаны О. С. Никольской.

Исходя из представленных выше данных, одной из первых коррекционных задач является создание у ребенка устойчивых положительных доминант, противодействующих страхам и другим отрицательным эмоциям. Поэтому первый этап коррекционной работы строится как попытка расширения сферы положительных эмоций и

отсюда - блокада патологически обусловленных отрицательных эмоций. Этот этап игротерапии включает простые игровые действия с яркими игрушками, манипуляции со светом, звуком, цветом, ритмические игры и танцы.

Эмоционально насыщенные ритмические игры и движения нередко уменьшают двигательные расстройства. Как указывалось, у детей с ранним аутизмом часто отмечаются насильственные подпрыгивания, раскачивания и т.д. Переключение же больною в процессе ритмических игр с собственного патологического стереотипного ритма на другой, навязанный ему способ двигательного «заражения», оказывается терапевтически благоприятным, так как новый ритм не только вызывает положительные эмоции, но и дисциплинирует двигательные проявления ребенка.

Обогащение эмоциональных связей больного ребенка достигается и усилением эмоционального компонента восприятия окружающего мира. Как известно, аутичный ребенок пассивно регистрирует окружающее. Восприятие ситуации не стимулирует действия, так как побудительная сила либо очень мала, либо отсутствует. Поэтому целесообразно усилить действие внешних раздражителей, максимально обогатив их и подкрепив различными ситуативными и эмоциональными связями. Психотерапевт, пользуясь любым, даже случайным сосредоточением внимания ребенка на каком-либо предмете, начинает рассказывать об этой вещи, импровизировать о ней сказку, в сюжет которой включен и сам больной.

Однако прежде чем включить в ситуацию игры новые раздражители, необходимо выяснить, что ребенку неприятно - свет или яркие краски и т. д., и оградить его от этих воздействий. Как показывают данные О. С. Никольской (1981), необходимо произвести ревизию привычных вещей и игрушек и удалить те из них, которые вызывают отрицательную эмоциональную реакцию либо страхи. Как указывалось, боязнь окружающего, усугубляя аутизацию больного, еще более ограничивает его контакты с внешним миром и тем самым возможности развития.

Наконец, обязательным компонентом первого этапа игротерапии должно быть формирование у больного ребенка уверенности в своих силах и возможностях. Появление чувства уверенности в своих силах, уменьшая его общую боязливость и значительно повышая эмоциональный фон, способствует расширению общения, интересов и активности. Большое значение для выработки чувства определенной уверенности в своих силах имеет умение игротерапевта начать с того уровня и той формы контакта, которые сначала доступны больному ребенку. Это важно не только для возможности осуществления самой игры. Для успеха последней больному с самого начала необходимо поверить, что его понимают, что общение доступно ему без труда. Через сюжеты игры психотерапевт постепенно прививает больному чувство, что неудачи его поправимы, страхи напрасны, а дефекты компенсируются массой достоинств (О. С. Никольская, 1981).

Конечной целью первого этапа игротерапии является побуждение собственной активности больного. Появление собственной активности, как правило, сопровождается улучшением моторики, уменьшением мутизма. С появлением собственной активности не только усложняется деятельность больного, но и расширяются его контакты. Правила игры начинают абстрагироваться от узкой ситуации и узкого круга ее участников.

Появление собственной активности больного знаменует переход ко второму этапу психотерапии, на котором тактика игротерапевта коренным образом меняется. Его обязанностью становится всемерное стимулирование ребенка к самостоятельной деятельности. При снятии аутистических реакций обнаруживается, что активность этих детей проявляется преимущественно в нецеленаправленном генерализованном возбуждении. Для снятия этих явлений используются музыка, пение, которые не только вызывают положительные эмоциональные состояния, но благодаря выраженному ритмическому компоненту дисциплинируют активность больного ребенка.

Другой существенной трудностью организации целенаправленного поведения является быстрая пресыщаемость: предметы, вызывавшие вначале интерес, очень быстро, иногда через несколько секунд не только перестают интересовать, но и вызывают отрицательные эмоции. Такая пресыщаемость связана не только с наблюдаемой у этих детей быстрой сменой положительных эмоций на отрицательные, но также, по мнению О. С. Никольской (1981), с отсутствием готовых форм взаимодействия с окружающим.

Такою же двойственную природу имеют и агрессивные проявления этих детей. Они могут возникать как результат страхов, негативного отношения к окружающему. В то же время агрессивные реакции могут представлять собой примитивную попытку контакта с окружающим, т. е. быть следствием отсутствия у больного ребенка готовых форм взаимодействия. Таким образом, агрессивные явления неоднозначны, и если в одних случаях их нужно корригировать, то в других они являются необходимым этапом адаптации к окружающему.

В процессе развития целенаправленных форм поведения большую роль играет выработка у аутичного ребенка разнообразных стереотипов поведения. Использование уже имеющихся стереотипов, обогащение и наполнение их смыслом облегчают возможность взаимодействия ребенка с окружающими и создают благоприятные предпосылки для развития его спонтанной активности. Ее появление в свою очередь создает возможности для формирования сложных двигательных навыков, снятия речевых трудностей, способствует направленному развитию речи, создает предпосылки для пропедевтики школьного обучения.

Суммируя все приведенные данные, следует отметить, что психологический анализ структуры дизонтогенеза при раннем детском аутизме представляет значительные сложности и требует дальнейшего изучения. Тем не менее некоторые закономерности представляются достаточно очевидными. Скорее всего к основным расстройствам относятся энергетическая недостаточность, нарушения инстинктивно-аффективной сферы, низкие сенсорные пороги с выраженным отрицательным фоном ощущений.

Можно предположить, что сочетание резкого дефицита психической активности с болезненной гиперестезией и страхами в восприятии окружающей реальности является фундаментом для возникновения защитных аутистических установок.

Таким образом, аутизм представляется вторичным образованием компенсаторного либо гиперкомпенсаторного характера и отражает патологические адаптационные механизмы.

Связанное с аутизмом недоразвитие социальных контактов резко искажает весь ход психического развития.

Плохо формируется разграничение собственного «я» и окружающего мира. Все стороны психической деятельности, направленные на овладение социальными отношениями, развиваются недостаточно. Наиболее уязвимыми оказываются те стороны развития восприятия, речи, мышления, которые формируются под воздействием предметной практики. Дефицит предметного синтеза приводит к изоляции между гнозисом, действием и речью. Каждая из этих функций развивается в значительной мере оторвано от других. Отсутствие фиксированной функции предмета, опора на отдельные формальные перцептивные признаки создают основу для формирования неадекватных межфункциональных связей, проявляющихся в «псевдосимволизме» и «псевдоабстракции» в мышлении больного ребенка. В сверхценных аутистических переживаниях, играх, фантазиях отмечается, наоборот, инертная патологическая фиксация аффективных комплексов, двигательных стереотипов, речевых штампов.

Таким образом, ряд психических особенностей детей с ранним аутизмом, в том числе мышления, представляются вторичными, отражающими аутистическую направленность. При аутизме наиболее отчетливо выступают явления асинхронии формирования отдельных функций и систем: развитие речи нередко обгоняет развитие моторики, «абстрактное» мышление опережает развитие наглядно-действенной и наглядно-образной. Все это углубляет картину «искаженности» развития.

К. С. Лебединская

РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

Эта аномалия развития в сфере научных исследований отечественной дефектологии включена в последние полтора десятилетия. Речь идет о детях с особой, недостаточно ясной патологией нервной системы генетического (шизофрения, хромосомные аберрации, врожденные нарушения обмена) или экзогенного (внутриутробные и постнатальные поражения головного мозга) происхождения, при которой затруднено формирование эмоциональных контактов ребенка с внешним миром и прежде всего - с человеком. Отсутствие общения, возникающее с раннего детства, искажает ход всего психического развития ребенка, грубо препятствует его социальной адаптации. Без своевременной диагностики и адекватной клинико-психолого-педагогической коррекции значительная часть таких детей становится не обучаемой и не приспособленной к жизни в обществе. И, наоборот, при ранней диагностике, своевременном начале коррекции большинство аутичных детей можно подготовить к обучению, а нередко - и развить их потенциальную одаренность в различных областях знаний.

Высокая частота РДА (12—15 на 10000 детей) указывает на социальную значимость этой проблемы. Но несмотря на то, что со времени первого описания РДА прошло почти полвека (L. Kanfer, 1943), проблемы этой аномалии развития еще далеки от разрешения. В нашей стране, где долгие годы РДА традиционно рассматривался в рамках прогрессивного шизофренического процесса, задачи его ранней дифференциальной диагностики от других аномалий развития, разработки системы психолого-педагогической коррекции вообще считались неактуальными.

В 1977 году при НИИ дефектологии АПН СССР была впервые создана специальная экспериментальная группа по комплексной коррекции РДА, в которой совместно работают врачи, психологи и педагоги-дефектологи.

Основной ее целью является разработка системы клинико-психолого-педагогической коррекции РДА. Решению этой проблемы способствовали проведенные нами исследования по выделению критериев максимально ранней, на 1-2 году жизни диагностики РДА; разграничению его клинико-психологических вариантов; определению критериев ранней дифференциации с другими аномалиями развития, имеющими сходную симптоматику; выделению патогенетических механизмов, имеющих значение для построения системы коррекции.

1. КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

Результаты исследований (К.С.Лебединской, О.С.Никольской, 1991) выявили как особенности клинико-психологической структуры ранних проявлений РДА, сходные с симптоматикой периода наибольшей выраженности этой аномалии развития (в возрасте 4-6 лет), так и ряд проявлений, специфичных именно для первых 2 лет жизни аутичного ребенка.

1.1. Аутизм (100% наблюдений)

Нарушения зрительного контакта. Типичным было отсутствие фиксации взгляда на лице человека, активное избегание взгляда в глаза, взгляд «мимо», «сквозь», неподвижный, застывший, испуганный.

Нарушение комплекса оживления. Отмечались его отставленность, слабость реакции на свет, звук, погремушку; выпадение двигательного, голосового компонентов; слабость, редкость улыбки, ее отнесенность не к лицу, а к его части (например, бороде, усам), очкам, детали одежды; преимущественное возникновение на локальный свет, вестибулярное ощущение, отсутствие заражаемости от улыбки, смеха взрослого.

Измененное отношение к близким (41%). Оно проявлялось в задержке узнавания матери (отсутствия движения навстречу, улыбки), малой потребности в ней, слабости реакции на ее уход, отсутствие позы готовности при взятии на руки; в других же случаях, наоборот - в симбиотической связи с матерью, непереносимости ее отсутствия (возникновение вегетативных, невротических расстройств, негативизма, регресса навыков, психотических явлений). Наблюдалась амбивалентность в отношении матери: эпизоды немотивированной враждебности, страха. Иногда отмечалась боязнь других членов семьи.

Измененная реакция на нового человека (21%). Она проявлялась в возникновении тревоги, страха, агрессии, либо, наоборот, - игнорировании. В части случаев обращала внимание «сверхобщительность» с механическим

стремлением к физическому контакту, стереотипными вопросами без ожидания ответа.

Нарушения общения с детьми (72%). Они проявлялись в игнорировании (пассивном, активном), негативных импульсивных действиях, игре «рядом», амбивалентности, страхе детей (сопротивлении, убегании при попытке вовлечь в игру), агрессии: ограниченности контактов узким кругом детей, родственников.

Измененное отношение к физическому контакту (19%). Оно проявлялось в его неприязни, гиперсензитивности, переносимости лишь «малых доз», избирательному стремлению к взаимодействию стимулирует вестибулярные ощущения (кружению, подбрасыванию и т. д.).

Измененное отношение к словесному обращению (21%). Характерными были отсутствие отклика на имя, другое обращение (псевдоглухота); слабость, избирательность реакции; отсутствие жестов утверждения, отрицания, приветствия, прощания.

Особенности поведения в одиночестве (17%). Наблюдались как непереносимость одиночества, так и его предпочтение со стремлением к территориальному уединению; часто - отсутствие реакции.

Особенности отношения к неодушевленному (21%). Отмечались необычность излюбленного объекта внимания (яркое пятно, деталь одежды, орнамент ковра, обоев); нарушение дифференциации одушевленного и неодушевленного (страхи меха, изображений человека или животных; механическое использование руки, туловища другого человека; обследование другого ребенка как неодушевленного предмета).

1.2. Страхи (80% наблюдений)

Сверхценные (72%). Это были страхи одиночества, высоты, лестницы; чужих, животных; страх темноты нередко отсутствовал.

Обусловленные сенсоаффективной гиперестезией (35%). Отмечались страхи бытовых шумов (пылесоса, электробритвы, фена, звука лифта, шума воды в туалете, трубах), яркого (света, блестящих предметов, резких тонов одежды окружающих), мокрого (воды, капель дождя, снежинок), горшка; мельканий света, резких перемен кадра на экране, аффективно насыщенных метафор. Наблюдалась повышенная склонность к фиксации страхов в объективно неблагоприятной обстановке.

Неадекватные, бредоподобные (11%). Сюда относились страхи предметов неопределенного цвета, формы («всего круглого»; в том числе - фруктов; шланга, зонта, подсвечника и др.), необъяснимая боязнь матери, определенных лиц, стойкое ощущение чье-то присутствия; страх своей тени, отверстий вентиляционных решеток, определенной одежды (например, брюк из боязни превратиться в мальчика).

1.3. «Феномен тождества» (79% наблюдений)

К нему относились трудности питания ребенка: (сложность введения прикорма, отвергание новых видов еды, ритуальность в ее режиме и атрибутике (53%); приверженность к привычным деталям окружающего: расположению мебели, игрушек, других предметов, негативизм к новой одежде (69%); патологические реакции на перемену обстановки: (помещение в ясли, больницу, переезд - в виде нарушения вегетативных функций, невротических расстройств, негативизма, регресса навыков, психотических явлений (67%).

1.4. Нарушения чувства самосохранения (21% наблюдений)

Характерным было «отсутствие чувства края»: опасное свешивание за борт коляски, упорное стремление перелезть за стенку манежа, убежать в чащу леса, выскочить на проезжую часть улицы, спрыгнуть с высоты, войти в глубину воды (19%). Отсутствовало закрепление отрицательного опыта ожогов, порезов, ушибов (10%). Отмечалось неумение постоять за себя; отсутствовала защитная агрессия (19%).

1.5. Стереотипы (69% наблюдений)

Двигательные (51%). Наблюдались раскачивания в коляске, манеже, однообразные повороты головы, ритмические сгибания пальцев, упорное, с характером одержимости раскачивание на игрушечной лошадке, качалке; манежные движения; машущие движения кистью, предплечьем; разряды прыжков. Обращал внимание вычурный рисунок двигательных стереотипии.

Сенсорные (32%). Стереотипные зрительные ощущения вызывались верчением перед глазами пальцев, колес игрушки, включением и выключением света, пересыпанием мозаики; стереотипные звуковые ощущения - сминанием и разрыванием бумаги, шуршанием целлофановыми пакетами, раскачиванием скрипящих створок двери; стереотипные обонятельные ощущения - постоянным обнюхиванием одних и тех же предметов; тактильные - расслоением тканей; пересыпанием круп, манипуляций с водой; вкусовые - упорным сосанием тканей, облизыванием предметов; проприоцептивные - произвольным напряжением конечностей, тела, зажиманием ушей, ударами головой о бортик коляски, спинку кровати.

Речевые (31%). Наиболее типичными были эхолалии; отмечалась склонность к словам и фразам-цитатам; стереотипным манипуляциям со звуками, словами, фразами, стереотипному счету.

Поведенческие (41%). Наблюдалась ритуальность в соблюдении режима, выборе еды, одежды, маршрута прогулок, сюжета игры.

Влечение к ритму (34%). Оно проявлялось в стремлении к раскачиванию, верчению, трясению предметов под ритмичную музыку; скандированию стихотворений; выкладыванию орнаментов из разнообразных рядов

игрушек, мелких предметов; одержимости листанием страниц книги; безудержному стремлению к качелям.

1.6. Особенности речи (69% наблюдений)

Нарушения импрессивной речи (21%). Они проявлялись в слабости или отсутствии реакции на речь, предпочтении тихой, шепотной речи, «непонимании» словесных инструкций.

Нарушения экспрессивной речи (49%). Отмечалось отсутствие или запаздывание фаз гуления, лепета, их неинтонированность; запаздывание или опережение появления первых слов, их эхολалический характер, необращенность к человеку, необычность, малоупотребительность; «плавающие» слова. В части наблюдений имелся регресс речи на уровне отдельных слов. Наблюдалась запаздывание или опережение появления фраз; их необращенность к человеку; преобладание фраз эхολалических, комментирующих, аутокоманд, эхολалий-цитат, эхολалий-обращений, эхολалий-формул, отставленных эхολалий. Характерной была склонность к вербализации: игра фонетически сложной, аффективно насыщенной речью; неологизмы, монологи и аутодиалоги; слова-отрицания. Наблюдалась склонность к декламации, рифмованию, интонационной акцентуации ритма. Наличие хорошей фразовой речи диссоциировало с отсутствием местоимения «я». В части наблюдений отмечался регресс уже на уровне фразовой речи.

1.7. Особенности познавательной деятельности и интеллекта (72% наблюдений)

Отставание (33%). Оно проявлялось в интеллектуальной пассивности, отсутствии, либо значительном отставании формирования речи, трудностях сосредоточения и резкой пресыщаемости внимания, нарушениях целенаправленности и произвольной деятельности, одинаковой актуальности временных впечатлений настоящего и прошлого.

Парциальное ускорение (30%). Характерными были раннее развитие речи, фантазии и сверхценные интересы с накоплением знаний в отдельных, достаточно отвлеченных областях, любовь к слушанию чтения; сложность сюжета игры. Обращал внимание интерес к знаку (букве, цифре, географической карте), форме, цвету при игнорировании функциональных свойств предмета. Преобладал интерес к изображаемому предмету над реальным. Часто поражала необычная пространственная (запоминание маршрутов, расположение знаков на листе, географической карте, грампластинке) и слуховая память.

Распад (9%). Ему обычно предшествовал период ускоренного интеллектуального и речевого развития с необычной выразительностью лица, «осмысленным» взглядом. Распад речи, познавательной деятельности, навыков поведения чаще возникал на втором году жизни.

1.8. Особенности игры (29% наблюдений)

Они проявлялись в нередком отсутствии игры вообще (игнорировании игрушки, ее рассмотривании без стремления к манипуляции), задержке на стадии элементарных манипуляций, часто лишь с одной игрушкой (19%). Характерным было манипулирование с неигровыми предметами, их одушевление, соединение игрушек и неигровых предметов по признаку цвета, формы, размера, а не функциональным свойствам (21%). В игре с неигровыми предметами также не использовались их функциональные свойства. Преобладала игра в одиночку, часто в обособленном месте. Наблюдалась игровые аутодиалоги, игры-фантазии со стойким перевоплощением в животных, в неодушевленные предметы (19%). Обращали внимание трудности расширения или изменения фабулы извне.

1.9. Особенности витальных функций и аффективной сферы (98% всех наблюдений)

Гиповозбудимость (42%). Отмечались мышечный гипотонус, малоподвижность, необычное «спокойствие»; отсутствие реакции на физический дискомфорт (мокрые пеленки, холод, голод, запоры); вялость сосания, слабость пищевого рефлекса; невыраженность реакции на прикосновение; «спокойная бессонница»; индифферентность при взятии на руки («поза мешочка»); слабость комплекса оживления и эмоциональной реакции на игрушку; склонность к дистимическим колебаниям настроения.

Гипервозбудимость (56%). Преобладал мышечный гипертонус. Характерными были неврозоподобные проявления: пониженный тревожный фон настроения с ухудшением по утрам, крик, плач при пробуждении; вегетативные расстройства (срыгивания, желудочно-кишечные дискинезии, инверсия сна); избирательность в еде. Типично усиление этих явлений в период первого возрастного криза (1 год). Обращало внимание неожиданное для возраста тонкое улавливание эмоционального состояния близких. У части детей преобладали психопатоподобные явления; двигательная расторможенность, с аффективной возбудимостью, длительным криком и сопротивлением при купании, пеленании, голоде, «поза столбика» при попытке взятия на руки. В период первого возрастного криза возникало резкое ухудшение состояния с негативизмом, агрессией, историформными реакциями. Немотивированные колебания настроения имели оттенок дисфории.

1.10. Особенности восприятия (71% наблюдений)

Нарушения зрительного восприятия (51%). Они проявлялись в вышеописанном взгляде «мимо», «сквозь», отсутствии слежения за объектом («псевдослепота») и наоборот - замороженности беспредметным объектом (световым пятном, блестящей поверхностью), мельканием теней, страниц книги, движением ярких предметов.

Отмечалось раннее различие оттенков цвета. Зрительная гиперсензитивность проявлялась в испуге при включении света, раздвигании штор, предпочтении темноты, использовании бокового зрения.

Нарушения слухового восприятия (9%). Характерным было отсутствие реакции на звук («псевдоглухота»), либо, наоборот - гиперсензитивность: страх отдельных звуков с отсутствием привыкания к ним, предпочтение тихих. У большинства детей имела ранняя любовь к музыке, оказывающая «помощь» в осуществлении режима, компенсации поведения.

Нарушения тактильного восприятия (59%). Наблюдались гипо-, либо гиперпатическая реакция на мокрые пеленки, купание, причёсывание; плохая переносимость одежды, обуви, сопротивление при одевании, тактильные стереотипии.

Нарушения вкусового восприятия (17%). Отмечались выраженная избирательность в еде, обследование окружающих с помощью облизывания, недостаточное различие съедобного и несъедобного.

Нарушения обонятельного восприятия (8%). Характерными были гиперсензитивность к запахам, обследование окружающего с помощью обнюхивания.

Нарушения проприоцептивного восприятия (17%). Они проявлялись в стремлении к играм со взрослыми в виде подбрасывания ребенка, верчения, кружения, прыжков, вышеописанных проприоцептивных стереотипий.

1.11. Особенности моторики (68% наблюдений)

В общем моторном облике превалировали двигательная заторможенность, вялость (32%), либо, наоборот, расторможенность, возбудимость с порывистостью, марионеточностью движений (36%). У детей с полевым поведением обращала внимание грациозность, плавность и ловкость движений.

Динамика развития моторных функций характеризовалась задержкой формирования навыков жевания, сидения, ползания, вставания, «неоткликаемостью» на помощь взрослого при формировании этих навыков; длительным интервалом между способностью стояния и началом ходьбы, «внезапностью» перехода к ходьбе, часто - одновременно к бегу. Отмечались импульсивность бега, его вычурный ритм (перемежение с застыванием), поза (с расставленными руками, на цыпочках). Обращала внимание неkoordinированность, «деревянность» походки (на негнущихся ногах, по типу «заводной игрушки»), слабость имитаций движений взрослого. Отчетливо выступала дефицитарность даже элементарной мелкой моторики.

Мимику (по фотографиям раннего возраста) отличали бедность мимических комплексов (улыбки, испуга, плача), напряженность взгляда, неадекватные гримасы.

1.12. Патология влечений (19% наблюдений)

Агрессия (17%). Она выступала в жестокости к близким, детям, животным, стремлении ломать, делать назло. Агрессия легко возникала в аффекте, но нередко использовалась как форма привлечения внимания, иногда же была ненаправленной и внешне необъяснимой. Часто имела связь агрессии со страхом; в ряде случаев - парадоксальное влечение к ситуации, вызывающей страх.

Самоагрессия (2%). Она могла быть спонтанной, возникать при неудачах.

Отмечались повышение или понижение брезгливости (10%), либо их сочетание; влечение к острым, неприятным запахам, нечистотам.

1.13. Особенности навыков социального поведения (76% наблюдений)

Запаздывание формирования навыков самообслуживания (61%). Типичной была диссоциация между владением ими спонтанной и заданной деятельностью. Наблюдался отказ от помощи взрослого в освоении этих навыков, их «внезапное» спонтанное проявление.

Особенности навыков опрятности (11 %). Часто отмечался страх горшка. Нередко дети не информировали взрослых о потребности в нем, длительно терпели до высаживания. В части случаев отмечался регресс навыков самообслуживания и опрятности.

1.14. Церебрально-органические знаки (18% наблюдений)

К ним относились судорожные припадки (4%); компенсированная гидроцефалия (11%); органические дисплазии телосложения (10%); выраженность побочных действий и парадоксальных реакций при применении психофармакологических препаратов (9%).

1.15. Соматические нарушения (21% наблюдений)

Наблюдались предрасположенность к аллергическим заболеваниям, аллергическим компонентам при общих инфекциях, аллергическим реакциям на лекарственные препараты (19%). В 2% обнаружено наличие хромосомы; в 0,5% - нарушения триптофанового обмена.

2. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ

Как видно из представленных выше данных, симптоматика РДА даже на самых ранних этапах жизни

обладает большим полиформизмом. При постоянстве стержневых аутических расстройств ряд других проявлений достаточно варьирует по частоте и степени выраженности. С. С. Никольской (1985) предложена классификация РДА, дифференцирующая 4 основные группы: 1) с отрешенностью от окружающего, полным отсутствием потребности в контакте, полевым поведением, мутизмом, отсутствием навыков самообслуживания; 2) с преобладанием многочисленных стереотипии, нередким симбиозом с матерью; 3) с преобладанием сверхценных интересов, фантазий, повышением влечений; 4) с чрезвычайной ранимостью окружающим: тормозимостью в контактах, робостью, поисками защиты у близких, стремлением к выработке социально положительных стереотипов поведения.

Проведенное нами исследование позволило выделить ряд критериев, способствующих разграничению уже начальных проявлений РДА на вышеуказанные варианты, предполагающие возможность дифференциации самых ранних коррекционных подходов.

I группа (8%) - с преобладанием отрешенности от окружающего: наличием полевого поведения (целенаправленного дрейфа от одного объекта к другому, карабканья по мебели, туловищу взрослого, длительного пассивного созерцания беспредметных объектов; случайных произвольных действий, указывающих на определенное запечатление окружающего и ориентацию в пространстве; ритмической вокализации).

На первом году жизни у этих детей отмечалась гиперсензитивность к сенсорному и аффективному дискомфорту, перемене обстановки. Имелось опережающее развитие речи. На втором году чаще после соматического заболевания, психогении возникал и резкий, нередко катастрофический распад речи, навыков, нарастание аспонтанности, потеря визуального контакта, реакции на обращение, физический дискомфорт.

Эти проявления позволили квалифицировать данный вариант аутического дизонтогенеза как регрессивный. Нозологически здесь речь идет о злокачественно текущей шизофрении.

II группа (62%) - с преобладанием аутического отвержения окружающего: одержимостью двигательными, сенсорными, речевыми стереотипиями, импульсивными движениями, однообразием игры с привлечением неигровых предметов, выраженностью нарушений чувства самосохранения, «феномен тождества»; многочисленными страхами гиперсензитивного характера; нередко - отставанием в психическом развитии, а также симбиотической связью с матерью.

В первые месяцы жизни отмечались выраженные нарушения витальных функций, чаще по типу гипервозбудимости; иногда - редкие судорожные припадки.

Этот вариант РДА может быть обусловлен как шизофренией, так и органическим поражением ЦНС (фрагильная х-хромосома, врожденные энзимопатии и др.).

III группа (10%) - с преобладанием аутистического замедления окружающего сверхценными пристрастиями, особыми, отвлеченного характера интересами и фантазиями, расторможенностью влечений. Страхы носили бредоподобный характер. В сюжете игры, отношении к близким и детям выступала агрессивность. Отмечалась слабость эмоциональных привязанностей.

На первом году жизни были типичны мышечный гипертонус, напряженность или сопротивление при взятии на руки.

Нозологическая квалификация этой группы представляет определенные трудности. Речь может идти как о вялотекущей шизофрении, так и об аутистической психопатии (вариант синдрома Аспергера).

IV группа (21%) - с преобладанием сверхтормозимости окружающим миром, ранимости, пугливости. Характерным были пониженный фон настроения, сверхценные страхи, тихая малоподвижная игра; нарастание боязливости и скованности при малейшем изменении привычного стереотипа. Интересы (к природе, музыке) и сюжеты фантазий обнаруживали стремление к уходу от непосильных нагрузок реальности. Типичны заторможенность и неуверенность движений.

На первом году жизни отмечался мышечный гипотонус, слабость реакций на физический дискомфорт, неустойчивость настроения по дистимическому типу; метео- и вегетативная лабильность, физическая и психическая истощаемость. Сверхпривязанность к матери выступала не только как к источнику защиты, но и к эмоциональному донору, а также посреднику в трудных социальных контактах. Эти дети стремились к аффективному освоению положительных социальных стереотипов.

Данный вариант РДА с нозологических позиций может, очевидно, представлять собой особую форму конституциональной аномалии развития (истинный «синдром Каннера»), а при легкой выраженности - вариант аутистической психопатии Аспергера.

3. КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Эти данные получены нами на основании сравнения ранних признаков РДА с симптоматикой многочисленной нервно-психической патологии раннего детского возраста, наблюдаемой нами в течение сорокалетней клинической практики и нередко имеющей определенное сходство с проявлениями РДА.

Проблема дифференциальной диагностики РДА представляет большую актуальность. У 82% наблюдаемых нами аутичных детей на 1-2 годах жизни ошибочно диагностировались другие заболевания: невропатия, перинатальная энцефалопатия, последствия родовой травмы, олигофрения или ЗПР, детский церебральный паралич, алалия, глухота. Соответственно не назначалась адекватная терапия и, естественно, не ставился вопрос об особенностях воспитания.

Дифференциация с невропатией. Ее сходство с 4-й группой РДА проявляется в слабости физического тонуса, пресыщаемости, сенсоаффективной гиперестезии, чувствительности к перемене обстановки, нередкой тормозимости и ранимости в контактах, неустойчивости настроения, явлениях вегетативной дистонии, а также

наличии двигательных стереотипий. Различие: при невропатии имеется стремление к контактам, двигательные стереотипии носят характер тиков; отрицательное отношение к перемене обстановки возникает обычно в объективно неблагоприятной ситуации; имеется способность имитации, отсутствуют типичные для РДА особенности моторики, речи, восприятия.

Дифференциация с остаточными явлениями раннего органического поражения ЦНС. Сходство со 2-й группой РДА проявляется в психомоторной расторможенности, импульсивности, негативизме, нарушениях внимания, наличии судорожных припадков. Сходство с 3-й группой РДА - в агрессивности, патологии влечений, склонности (при гидроцефалии) к рассуждательству, речевым штампам. Сходство с 4-й группой РДА - в истощаемости, явлениях вегетативной дистонии. Различие: при церебрально-органической резидуальной патологии сохранено стремление к контакту, в расторможенности движений отсутствуют компоненты манерности, вычурности, в речи нет неологизмов, отставленных эхололий. Следует, однако, отметить, что ряд из этих дифференциально-диагностических различий не может быть использован при органических формах РДА, характеризующихся сочетанием аутистической и церебрально-органической симптоматики.

Дифференциация с гебоидной психопатией. Как известно, эта аномалия формирования личностной сферы характеризуется сочетанием выраженной патологии влечений, нередко носящих перверзный характер, с эмоциональной холодностью. Ее сходство с 3-й группой РДА - в патологии влечений, слабости привязанностей, нередко враждебности к близким. Различие: при гебоидной психопатии сохраняются общительность, возможность диалога, отсутствуют типичные для РДА стереотипии, особенности восприятия, моторики.

Дифференциация с умственной отсталостью и ЗПР. В этих случаях альтернативный подход неправомерен. При тяжелых формах РДА, осложненных (либо обусловленных) церебрально-органической недостаточностью, может формироваться и умственная отсталость. Кроме того, в неблагоприятных условиях среды интеллектуальное недоразвитие аутичного ребенка может быть обусловлено «наложением на его аутистическую самоизоляцию явлений социальной депривации. При этих двух вариантах речь идет о так называемом «олигофреническом плюсе». Но относительно часты и случаи, когда постановка вопроса о дифференциации РДА с умственной отсталостью и ЗПР правомерна. Это те достаточно многочисленные наблюдения, когда ошибочное впечатление умственной отсталости и ЗПР создается самими аутистическими особенностями поведения и деятельности. Сходство со 2-й группой РДА проявляется в трудностях привлечения внимания, сложностях обучения бытовым навыкам, в манипулятивности игры, неразвернутости речи, задержке в развитии тонкой моторики. Сходство с 4-й группой РДА - в пассивности, безынициативности, бедности речи, слабости психической активности. Различие: при умственной отсталости и церебрально-органической ЗПР сохраняются зрительный контакт, стремление к общению вообще; витальные потребности нередко усилены. Отсутствуют типичные для РДА особенности речи, интерес к знаку, эмоциональная хрупкость. Нет явной разницы интеллектуальной продуктивности в привычной среде и вне ее.

Дифференциация с органической деменцией. Сходство с 1-й группой РДА проявляется в распаде целенаправленной деятельности с потерей речи, навыков, появлением полевого поведения, а также двигательных стереотипии; возникновении патологии после инфекции, травмы ЦНС. Различие: при органической деменции - отсутствуют грубые нарушения контакта, чаще резко усилены витальные потребности, распад речи - чаще по типу афазии, двигательные стереотипии - чаще по типу органических персевераций; типично появление неврологической симптоматики.

Частный случай - дифференциация 2-й группы РДА с синдромом Ретта, связанным с прогрессирующим дегенеративным заболеванием ЦНС неясного, предположительно генетического происхождения и встречающимся только у девочек. Сходство - в двигательных стереотипиях, распаде приобретенных навыков, игры, контактов (в том числе - визуального), в речи - проявлении эхололий, инверсии местоимений. Различие: при синдроме Ретта наблюдается особость стереотипных движений руками: «моющие», «заламывающие», как правило - по средней линии; прогрессирование атаксии и апраксии туловища и походки, большая частота и полиморфизм судорожных припадков, бруксизм (скрип зубами), эпизодические приступы учащенного дыхания, а также замедленного роста головы и конечностей.

Дифференциация с первичными нарушениями речи (сенсорной и моторной алалией, дизартрией). Сходство этих нарушений речи с 1-й и 2-й группой РДА - в «непонимании» речи окружающих, невыполнении словесных инструкций, отсутствии речи; с 4-й группой РДА - в невнятности произношения, частых запинках. Различие: при органическом недоразвитии речи - сохранность невербальных коммуникаций (жестов, мимики), зрительного контакта, наличие возгласов с целью привлечь внимание; отсутствие разницы в «понимании» речи и внятности произношения в аффективно индифферентных или значимых для ребенка ситуациях, «прорывов» в аффекте слов или фраз, а также эффективность логопедического вмешательства.

Дифференциация с глухотой. Внешнее сходство глухоты с 1-й и 2-й группами РДА - в отсутствии отклика на обращение, оборачивания на источник звука. Различие: в данных объективной аудиометрии; при глухоте - отсутствии реакции на звук, голос и в аффективно значимой ситуации, отсутствии слежения за движениями губ собеседника.

Дифференциация с детским церебральным параличом (ДЦП). Сходство со 2-й, реже с 4-й группой РДА в наличии мышечного гипотонуса и гипертонуса, запаздыванием формирования моторики, нарушениях плавности, синхронизации движений (в том числе - мимических), их силы, точности; двигательных стереотипиях, дизартрических расстройствах; нарушениях моторных действий с предметами, в том числе - в игре; наличие симбиотической связи с матерью; психической тормозимости, страхов, боязни нового; отставании в психическом развитии, а также нередкости вторичных аутистических проявлений. Различие: для ДЦП характерны отсутствие эффекта от кратковременного массажа; нарастание затруднений в движениях и речи по мере усиления аффективного к ним отношения; отсутствие вычурности, манерности движений. В симбиозе с матерью больше выступает

компонент физической зависимости; при разлуке с ней - психические нарушения «органического» круга (усиление гипертензионного синдрома, саливации, гиперкинеза). Сохранен визуальный контакт. Страхи преимущественно адекватно замкнуты на физическую беспомощность. Психическая тормозимость связана с реальными трудностями, выраженными церебрастеническими явлениями. Нарушения эмоционального развития - чаще по типу «органического инфантилизма»; сочетании недостаточной дифференцированности эмоций с их определенной инертностью и монотонностью. Часто наблюдаются черты эгоцентризма, обусловленного гиперопекой. Характерна постепенность формирования аутистических черт именно как вторичных, обусловленных псевдокомпенсаторным уходом от реальных трудностей. Большое значение имеет массивность и специфика неврологической симптоматики.

4. ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА

Теоретической базой исследований явилось известное положение Л.С.Выготского (1983) о первичных и вторичных нарушениях развития. В. В. Лебединский и О. С. Никольская (1985) при РДА к первичным расстройствам относят сенсоаффективную гиперстезию и слабость энергетического потенциала; к вторичным - сам аутизм, как уход от окружающего мира, ранящего интенсивностью своих раздражителей, а также стереотипии, сверхценные интересы, фантазии, расторможенность влечений - как псевдокомпенсаторные аутостимуляторные образования, возникающие в условиях самоизоляции, восполняющие дефицит ощущений и впечатлений извне, но этим закрепляющие аутистический барьер.

У наблюдаемых нами аутичных детей с первых лет жизни эта иерархия расстройств выступала со всей отчетливостью. Тяжелая пресыщаемость, низкая психическая активность проявлялись в трудностях сосредоточения активного внимания, нарушении целенаправленности, произвольности действий, затрудненных в охвате целого.

Тяжелая сенсоаффективная гиперстезия дезорганизовывала всю аффективную сферу аутичного ребенка первых лет жизни, обуславливая почти постоянный фон тревоги и страха, парализующий его и без того низкую активность.

Вторичный характер самого феномена аутизма и многочисленных стереотипии подтвердился рядом вышеописанных наблюдений об их усилении при сенсоаффективной нагрузке, перемене обстановки, окружения и т. д.

Полученные данные позволили прийти к мнению, что аутистический дизонтогенез уже с самых начальных его проявлений формируется по типу искажения развития всех психических функций: сочетания в их патологической структуре признаков недоразвития и акселерации.

В аффективной сфере - это отсутствие зрительного взаимодействия с человеком при патологической фиксации на витально индифферентных раздражителях, симбиоз с матерью наряду с враждебностью к ней, слабость внешней реакции на окружающее при нередко тонком восприятии эмоциональной стороны ситуации, дефицитарность механизмов аффективной защиты при обилии страхов, сосуществование феномена тождества с отсутствием самосохранения.

В интеллектуальном развитии - накопление достаточно отвлеченных для этого возраста знаний, склонность к обобщению, символике при плохой ориентации в конкретной бытовой ситуации, одинаковая актуальность настоящего и прошлого, грубое недоразвитие предметной деятельности.

В речи - отсутствие у ребенка отклика на голос или гиперсензитивности к другим звукам; нередко - тонкое понимание не обращенного к нему разговора при игнорировании элементарной инструкции; раннее овладение малоупотребительными словами, богатство спонтанной вербализации наряду с бедностью бытовой речи, задержкой формирования местоимения «я» как индикатора межперсональной ориентации.

В игре - сочетание сложных игр-фантазий с примитивностью манипуляций с неигровыми предметами.

В восприятии - сосуществования болезненной гиперстезии с влечением к самораздражению.

В моторике - разный уровень умелости в спонтанной и заданной деятельности.

В сфере влечений - их повышение, склонность к агрессии, переплетающиеся со страхами и тревогой.

Это и специфическая асинхрония развития отдельных функций: опережение формирования более сложных, например, интеллекта при отставании созревания моторной и вегетативной сфер, отсутствие физиологической инволюции ряда функций более раннего возраста, наличие качественно новых, большей частью - псевдокомпенсаторных образований.

В каждой из этих функций с неизменной отчетливостью выступает недостаточность их коммуникативного компонента, позволяющая считать, что за видимыми внешне установками максимальной изоляции от окружающего мира стоят нарушения самой возможности взаимодействия.

При анализе наблюдаемой ранней симптоматике РДА возникает предположение об особом повреждении этологических механизмов развития. Сама искаженность развития определяется именно этим: явления акселерации отмечаются лишь в тех компонентах любой функции, которые задействованы в спонтанной аутичной активности ребенка, не направленной на приспособление к окружающему миру, в его сверхценных пристрастиях. В компонентах же, предназначенных обеспечивать адаптацию к среде - начиная от вегетативных, витальных потребностей и кончая этологически более сложными функциями взаимодействия, выступают явления недоразвития.

С этих позиций находят объяснения такие проявления, как неадекватные, атактистические формы перцепции (облизывание, обнюхивание), искажение этологического феномена «запечатления», проявляющиеся в полярности отношения к матери; отсутствии синтонности - врожденных пластичных форм вхождения во взаимодействие; большие трудности формирования самых элементарных коммуникативных сигналов (жестов утверждения, отрицания и др.); при хорошем интеллекте «неразличение» живого и неживого; слабость инстинкта самосохранения

и аффективных механизмов защиты; использование бокового зрения как одного из врожденных инструментов эволюлогических реакций защиты (N. Tinbergen, E. A. Tinbergen, 1983).

В связи с последним можно сделать и другое предположение. Выраженность у аутичного ребенка проявлений эволюлогического феномена «избегания» уже с самого рождения не способствует разворачиванию эволюлогически специфической аффективной программы восприятия и поведения у матери. Не исключено, что этим объясняется обсуждаемая до сих пор в литературе возможность самого возникновения РДА вследствие угнетения аффективного развития и психической активности ребенка «холодной», доминантной матерью. Такой взгляд на возможность нарушения эволюлогической программы материнского поведения ориентирует на разработку коррекционных программ, адресованных не только ребенку, но и родителям.

В. М. Башина

РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

В детской психиатрии к настоящему времени выделены два основных направления исследований: «Нарушения поведения», «Задержки психического развития». Поскольку при раннем детском аутизме (РДА) формируются личностные аномалии, сочетающиеся с расстройствами поведения и повреждением умственного развития, проблема аутизма в детстве сохраняет свою значимость и может быть отнесена к кругу выше перечисленных приоритетных программ.

Клиническая, патологическая единица РДА признается специалистами большинства стран. Несмотря на это во взглядах на генез и прогноз РДА нет устоявшихся мнений. Подходы к определению РДА претерпевают изменения, практически, на протяжении всех 50 лет, прошедших со времени его описания L. Kanner в 1943 году.

По данным психиатров Германии, США, Японии частота встречаемости РДА исчисляется от 4 до 16 на 10 000 детского населения. Соотношение мальчиков и девочек 4—5:1. У детей с РДА коэффициент интеллекта более чем в двух третях случаев ниже 70.

В НИИ клинической психиатрии НЦПЗ РАМН, на базе стационара, амбулатории и дневного полустационара нами проводились изучения клиники РДА, отрабатывались наиболее адекватные методы восстановительной терапии, научно обосновывались организационные формы помощи этим контингентам больных. За последние три года (1990—1992) в дневном стационаре получили помощь 180 больных с РДА, в амбулаторном отделении - 1650 больных с РДА разного генеза, в возрасте 3—10 лет. Данные этого исследования анализируются в приведенной работе.

Понимание современных подходов к определению РДА вряд ли возможно без краткого экскурса в историю вопроса об аутизме в детстве.

Можно назвать 4 основных этапа в становлении этой проблемы. Первый, доэволюлогический период с конца 19 и начала 20 века, характеризуется отдельными упоминаниями о детях со стремлением к уходу и одиночеству. Второй, так называемый доканнеровский период, приходящийся на 20—40 годы нашего столетия, отличает постановка вопросов о возможности выявления у детей шизоидии (Г. Е. Сухарева, 1927, Т. П. Симеон, 1929 и др.), а также о сущности «пустого» аутизма по J. Lutz (1937). Третий, каннеровский период (43—70 гг.), ознаменован выходом в свет кардинальных работ по аутизму, как самого L. Kanner (1943), так и Н. Asperger (1944), а позднее и бесконечного множества других специалистов. В своей первой работе L. Kanner охарактеризовал РДА, как особое состояние, с нарушениями общения, речи, моторики, которое он отнес к состояниям так называемого «шизофренического» спектра.

В последующие годы РДА рассматривался как конституциональное особое состояние В. Rimland (1964), В. М. Башина (1974); как аутистическое, постприступное, после приступа шизофрении, М. Ш. Вроно, В. М. Башина, (1975) и др. Такие клиницисты, как Arn van Kleveren, 1952, С. С. Мнухин с соавторами, 1967 и мн. др., выдвинули концепцию органического происхождения РДА, согласно которой имело место частичное или полное фенокопирование синдрома РДА. Наконец, ряд исследователей отстаивали полиэтиологичность РДА, связывая его происхождение с органическими, реактивными причинами, последствиями нарушения симбиоза между матерью и ребенком, - нарушениями адаптационных механизмов у незрелой личности (М. Mahler, 1952; G. Nissen, 1971; M. Rutter, 1982 и мн. др.). В эти же годы были выявлены аутистические симптомы в клинике больных фенилпировиноградной олигофренией, при X-ломой хромосоме, синдроме Репа и др. Наконец, четвертый, послеканнеровский период (80—90 годы), характеризуется отходом от позиций самого L. Kanner во взглядах на РДА. РДА стал рассматриваться как неспецифический синдром разного происхождения.

В России первое описание органического аутизма было представлено в 1967 году С. С. Мнухиным с соавторами; описание РДА типа Каннера в 1970, 1974 Г. Н. Пивоваровой и В. М. Башиной, В. Е. Каганом в 1982; РДА в круге постприступной шизофрении в 1975 году М. Ш. Вроно, В. М. Башиной и другими.

На основании изучения характера преморбида у 272 больных ранней детской шизофренией и начальных этапов личностного развития (28 человек) детей с РДА нами была установлена личностная патология стигматизированного (шизотипического), искаженного (шизоидного), задержанного и типа раннего детского аутизма Каннера-типов. Впервые удалось показать, что наиболее важной особенностью РДА Каннера являлся особый асинхронный тип задержки развития. Признаки асинхронии развития проявлялись в нарушении иерархии психического, речевого, моторного, эмоционального созревания, нарушении физиологического феномена вытеснения примитивных функций сложными, как это характерно для нормального развития детей, т. е. в синдроме «переслаивания» примитивных функций сложными (Башина В. М., 1979, 1974, 1989).

К тому же, именно эта работа помогла выявить континуум патологии личностного развития - от конституциональных шизотипических, шизоидных, к промежуточным - типа синдрома РДА Каннера, и от последних к постприступным (процессуальным шизофреническим) типам личностного поражения. Выявилась вариантность аутистических синдромов от легких до тяжелых, синдром Каннеровского РДА сближается с РДА процессуального шизофренического происхождения. В установленном феномене асинхронии развития, свойственном РДА Каннера, выступило главное отличие его от всех других видов нарушенного развития с симптомами аутизма иного происхождения, что важно для диагностики и прогноза РДА разного происхождения, разного патогенеза.

Таким образом, к настоящему времени сложилось представление о двух типах аутизма: классическом аутизме Каннера и варианте аутизма, в который входят аутистические состояния разного генеза. Для того чтобы соотнести разные концептуальные подходы в определении аутизма, представим ряд последних классификаций РДА. Принятая у нас классификация РДА (ИЦПЗ РАМН, 1987 г.).

Классификация РДА (РАМН, 1987 г.)

1. Разновидности РДА:

- 1.1. синдром раннего инфантильного аутизма Каннера (классический вариант (РДА)),
- 1.2. аутистическая психопатия Аспергера,
- 1.3. эндогенный, постприступный (вследствие приступов шизофрении аутизм),
- 1.4. резидуально-органический вариант аутизма,
- 1.5. аутизм при хромосомных абберациях,
- 1.6. аутизм при синдроме Ретта,
- 1.7. аутизм неясного генеза.

2. Этиология РДА:

- 2.1. эндогенно-наследственная (конституциональная, процессуальная), шизоидная, шизофреническая,
- 2.2. экзогенно-органическая,
- 2.3. в связи с хромосомными абберациями,
- 2.4. психогенная,
- 2.5. неясная.

3. Патогенез РДА:

- 3.1. наследственно-конституциональный дизонтогенез,
- 3.2. наследственно-процессуальный дизонтогенез,
- 3.3. приобретенно-постнатальный дизонтогенез.

Основное ядро аутизма по нашим данным представлено состояниями шизофренического спектра, что составляет около 79%.

Как видим, в классификации, представленной нами, рассмотрены все виды раннего детского аутизма - конституционального, процессуального и органического, в связи с хромосомными абберациями, психогениями и неуточненного генеза.

Классификация аутизма (Франция, 1987 г.)

1. Разновидности РДА:

- 1.1. ранний инфантильный аутизм типа Каннера,
- 1.2. другие типы инфантильного аутизма.

2. Разновидности психозов у детей:

- 2.1. психоз ранний дефицитарный,
- 2.2. психозы шизофренического типа, возникающие в детстве,
- 2.3. дисгармоничные психотики.

Во французской классификации очень четко выделен РДА Каннера и другие типы аутизма, без соответствующего их разграничения по этиологии, в группу аутизма состояния, связанные с психозом, не относятся. Похожая классификация принята у нас в МКБ-9 (1980 г.).

Международная классификация болезней 9 пересмотра (1980 г. Россия) (принятая в Российской Федерации до настоящего времени)

1. Разновидности РДА:

1.1. детский аутизм типа Каннера.

2. Разновидности психозов у детей:

2.1. неуточненные психозы,

2.2. шизофрения, детский тип,

2.3. детский психоз без других указаний,

2.4. шизофреноподобный психоз.

ДСМ-Ш (revise)

(американская классификация болезней, 1987 г.)

1. Разновидности РДА: «первазивные расстройства развития». Ось II:

1.1. аутистические расстройства,

1.2. первазивные расстройства развития без дополнительных определений (РДА в этом варианте систематики выносятся из рубрики «психозов» относится к патологии развития и сближается с УМО (умственной отсталостью)).

ICD-10 (ВОЗ, 1991).

Первазивные расстройства развития

1. Типичный аутизм:

1.1. аутистические расстройства,

1.2. инфантильный аутизм,

1.3. инфантильный психоз,

1.4. синдром аутизма Каннера.

2. Атипичный аутизм:

2.1. атипичные детские психозы,

2.2. УМО с аутистическими чертами. 3. Синдром Ретта.

Касаясь международной классификации болезней следует особо подчеркнуть, что к «первазивным расстройствам» отнесены теперь как состояния с нарушениями развития и аутизмом, так психозы раннего возраста. Все они подразделены на типичные, т. е. возникающие до 3 лет, и атипичные, т. е. после 3 лет. Хотя эта классификация еще не адаптирована в отечественной психиатрии, следует знать, что аутистические расстройства представлены в ней многообразнее и как синдром Каннера, и как другие варианты аутизма, отдельно охарактеризован синдром Ретта.

Патогенетические механизмы раннего детского аутизма остаются недостаточно ясными, сохраняются предположения о поломке биологических механизмов аффективности, о первичной слабости инстинктов, об информационной блокаде, связанной с расстройством восприятия, о недоразвитии внутренней речи, о центральном нарушении слуховых впечатлений, которое ведет к блокаде потребности в контактах, о нарушении активирующих влияний ретикулярной формации, и многие другие (28 и др.).

Клиническая картина аутистического синдрома у детей с РДА определяется проявлениями отрешенности, неспособностью к формированию общения, неспособностью к осознанию посторонних персон и неодушевленных предметов (явлениями протодиакризиса), отсутствием подражания, реакций на комфорт и дискомфорт, монотонно-однообразным характером поведения, с «симптомами тождества». Для них характерно господство влечений, противоположные желания, аффекты, представления, в поведении отсутствует единство и внутренняя логика.

У них ослаблена эмоциональная реакция на близких, вплоть до полного внешнего реагирования, так называемая «аффективная блокада»; недостаточна реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими.

Во внешнем облике, при обычной миловидности, обращает на себя внимание взгляд, обращенный в пустоту, во внутрь себя, взгляд мимо, взгляд, с преобладанием зрительного восприятия на периферии поля зрения.

Моторика угловатая, движения неритмичные, «закостенелые», или неточные с тенденциями моторных стереотипий в пальцах, кистях рук, ходьба на цыпочках, однообразный бег, прыжки с опорой не на всю ступню.

Речь, обычно, не направлена к собеседнику, в периоде речи отсутствует экспрессия, жестикация, мелодика речи нарушена. Голос то тихий, то громкий. Произношение звуков самое разное - от правильного до неправильного. Наблюдаются отклонения тональности, скорости, ритма, нет интонационного переноса, постоянны эхолалии, бессвязность, неспособность к диалогу. Длительно сохраняется тенденция к манерному словотворчеству. Экспрессивная речь развивается с отставанием. В речи часты фразы-штампы, мутизм. Фраза обычно краткая: ассоциации разрыхлены, имеет место смещение мыслей, исчезновение из фраз личных глагольных и местоименных

форм, фраза обычно краткая с нарушениями грамматического и синтаксического строя речи. Речь может быть правильной и косноязычной, лепетной.

Абстрактные формы познания сочетаются с протопатическими. У многих детей отмечаются нарушения инстинктивной жизни, инверсия цикла сна, перверзность аппетита, изменчивость мышечного тонуса до гипотонии или гипертонии.

После полутора - двух лет становится отчетливым нарушение последовательности вытеснения примитивных функций, сложными в пределах всех сфер деятельности, в этом выступает диссоциация развития личности.

Выраженность аутизма неодинакова, что несомненно зависит от генетической предрасположенности и внешних факторов. Дизонтогенетические проявления в круге аутистического синдрома достигают своей наибольшей выраженности к 3—5 годам жизни ребенка. В дальнейшем этот тип расстройств у одних детей становится почти идентичным расстройствам описываемым как становление аутистической шизоидной психопатии типа Аспергера. Близкого же к ним порядка личностные расстройства аутистического типа могут иметь место у детей с проявлениями аутизма в сочетании с негрубыми резидуальными состояниями вследствие минимальной мозговой дисфункции или более явных органических резидуальных поражений головного мозга. Тогда как при отчетливо выраженном РДА типа Каннера, при РДА, формирующемся в постприступном периоде рано начавшейся шизофрении, и, в особенности, в связи с X-ломкой хромосомой, синдромом Ретта наблюдается становление псевдоолигофренического дефекта, хотя и опять-таки в разной степени выраженности. Отсутствие лечения и коррекционно-педагогических форм реабилитации несомненно оказывают отрицательный эффект. Последние данные о терапии лиц с РДА, сочетанных с резидуальной неврологической патологией, также свидетельствуют о возможности положительного эффекта в плане некоторой нивелировки психической патологии (лечение проводилось по методу «Осипенко Т. Н.—Скворцова И. А.»). Эти факты нуждаются еще в накоплении.

Проблема реабилитации в общей проблеме раннего детского аутизма остается краеугольной. Учитывая, что при отсутствии коррекционной работы более чем в 70% случаев РДА наблюдается глубокая инвалидность, это положение не требует особых доказательств. Этот факт становится еще более убедительным, если сказать, что нуждаемость в больничной помощи детей аутистов сокращается с 34—76% до 8% при правильной организации реабилитации (данные Национального общества содействия детям-аутистам США, за 1982 г.).

У нас в стране до настоящего времени для детей-аутистов ведущими остаются лечебные виды помощи в системе больниц (в системе здравоохранения). Опираясь на собственный многолетний опыт работы с детьми-аутистами на базе 6 ДПБ, Клиники НИИ клинической психиатрии и амбулатории, а также дневного стационара для детей-аутистов, позволю утверждать, что для целей абилитации детей с РДА необходимы нестандартные учреждения, в которых бы можно было сочетать лечебную, педагогическую, логопедическую и другую коррекционную помощь. Реабилитационные подходы прежде всего базируются на том, что в клинике РДА основное место принадлежит аутистическим нарушениям поведения, речи, моторики, задержкам психического развития. Отмеченный круг расстройств способствует вторичному углублению психического недоразвития.

Коррекционная работа должна проводиться комплексно, группой специалистов различного профиля, включая детских психиатров, невропатологов, логопедов, психологов, педагогов-воспитателей, сестер-воспитательниц, музыкального работника (эвритмиста).

1. Лечебная помощь строится на базе индивидуальной клинической верификации состояния ребенка и представлена разными лечебными профилями: психофармакотерапией, психотерапией (индивидуальной и семейной терапией, массажем и другими ее видами). Фармакотерапия направлена на купирование психопатологических проявлений болезни, вегето-сосудистой и вегето-висцеральной дистонии, на активизацию ребенка, на ослабление психического напряжения. Медикаментозное лечение должно соотноситься с высокой чувствительностью маленьких аутистов к нейролептикам, транквилизаторам; необычным поведением ребенка в условиях дома, в пути; с неустойчивостью его двигательной активности.

2. Коррекционная работа должна осуществляться поэтапно, исходя из степени выраженности аутистического дизонтогенеза ребенка РДА.

Использовались адаптированные для работы с аутистами обычные программы по обучению и организации игр для обычных и специализированных детских яслей и садов. Используются два режима: щадящий и активизирующий. Адаптация ребенка к условиям дневного стационара базируется на использовании простейших - тактильных, пантомимических, моторных форм контактов, протопатических форм деятельности в условиях свободного выбора и полевого поведения. Оценка состояния ребенка-аутиста, уровня его развития, запаса знаний, поведенческих навыков проводится комплексно всеми специалистами и служит основой разработки индивидуального плана коррекционных мероприятий. Направленная деятельность ребенка РДА планируется с учетом диссоциации психического развития. Используется индивидуальная, а позднее групповая игротерапия.

На первых этапах отрабатывается важнейшая реакция оживления и слежения, формируется зрительно-моторный комплекс. В последующем, в процессе манипуляций с предметами развивают тактильное, зрительно-тактильное, кинестетическое, мышечное восприятие. Выбатываются связи между определенными частями тела и их словесными обозначениями, видами движений и также их словесными определениями. У ребенка формируется представление о собственном теле, его частях, членах, сторонах. Затем проводится работа по воспитанию навыков самообслуживания, участия в направленной деятельности.

У большинства детей, на начальном этапе работы запас знаний, характер игровой деятельности отставали на 2—3 возрастных порядка. У них преобладала манипулятивная игра, отсутствовало партнерство, не было соотношения игры с истинным назначением игрушек, не возникало ориентировочной реакции на новые игрушки, лиц, участвующих в игре.

На следующем этапе задача усложнялась переходом от манипулятивной игры к сюжетной. Наиважнейшей

стороной работы остается побуждение к деятельности, многократное повторение игр, формирование игровых штампов, с постоянным использованием зрительно-моторного комплекса, лишь постепенно вводя от более простых более сложные формы игр и самой моторной деятельности, а также конкретно, последовательно, многократно излагать порядок всех игровых действий. Словесные комментарии необходимо давать в краткой форме.

Собственно педагогические программы были направлены на обучение детей понятиям числа, счету, определению временных категорий, углублению ориентировки в форме предметов, в пространстве. Аутисты с трудом переходили от одного вида движений к другому, не подражали, не воспроизводили последовательной цепи действий, в особенности моторных, сочетанных с речевыми ответами. Им трудно воспроизведение недавно усвоенных знаний, в особенности знаний из долговременной памяти по требованию. У них обнаруживалось декодирование слов. Этап от этапа решается задача усложнения деятельности, увеличивается предлагаемый объем навыков и знаний. Наконец, следует обратить внимание на тот факт, что любые задания должны предлагаться в наглядной форме, объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз, с одной и той же последовательностью, одними и теми же выражениями. Речевые задания должны предъявляться голосом разной громкости, с обращением внимания на тональность. Только после усвоения одних и тех же программ, предлагаемых разными специалистами, примитивная, однообразная деятельность ребенка начинает разнообразиться, и становится направленной. Именно тогда дети переходят от пассивного к осознанному овладению режимных моментов, навыков. В процессе целостного воспитания у аутистов формируется осознание «Я», способность к отграничению себя от других лиц, преодолевается явление протодиакриза.

И на последующих этапах работы по-прежнему решается задача усложнения деятельности, с постепенным переходом от индивидуальных к направленным игровым занятиям, еще позднее к сложным играм, упражнениям в группах по 3—5 и более детей.

3. Логопедическая работа начиналась с определения речевой патологии, свойственной детям-аутистам. Соответствующая коррекция направлена на развитие слухового внимания, фонематического, речевого слуха. Осуществлялась постановка звуков, вводились дыхательные, голосовые упражнения. Важной оставалась задача расширения словарного запаса, развитие способности к составлению предложений по картинкам, их сериям, как и работа над связным текстом, состоящим из бесед, пересказа, «проигрывания», драматизации разных тем, воспроизведение стихотворной речи и ряда других задач.

Речь, как наиболее молодая функция центральной нервной системы, страдает в болезни в первую очередь и восстанавливается постепенно, поэтапно, в обратном порядке.

4. Психологическая коррекция также начиналась с диагностики проявлений психического дизонтогенеза ребенка в условиях его общей и игровой деятельности. Основной задачей являлось вовлечение аутистов в разные виды индивидуальной и совместной деятельности, формирование произвольной, волевой регуляции поведения. Адекватными оказались игры с жесткой последовательностью событий и действий, их многократное проигрывание. Освоение системы игровых штампов аутистами способствует формированию у них памяти, внимания, восприятия. В процессе занятий создается в последующем у аутистов возможность переноса усвоенного, т. е. творческая регуляция поведения и повышение предметно-практической ориентировки в окружающем.

Психотерапевтическая работа с самим аутистом и семьей направлена на коррекцию поведения ребенка, нивелировку тревожности, страха, а также на коррекцию и укрепление семьи, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение приемам работы с ним.

За неимением места мы не можем подробнее, как того требует задача психотерапевтической помощи семье ребенка-аутиста, останавливаться на широких аспектах этой работы.

Итак, ко времени обобщения результатов лечебной и коррекционно-педагогической, логопедической, психологической работы из 180 аутистов 108 были адаптированы и переведены в сады и школы общего и специализированного, логопедического типа. Остальные 72 ребенка, аутизм у которых был связан со злокачественной шизофренией, в связи с синдромом Ретта, смогли лишь частично освоить некоторые навыки по самообслуживанию, приспособиться к выполнению многих режимных моментов дневного стационара и находиться среди детей с более высокой социализацией. У некоторых из них даже началось формирование речи. Однако ряд детей нуждались в переводе на больничное лечение или домашнее содержание в связи с прогрессированием болезни. Особенно это касалось детей с синдромом Ретта.

Как видим, подход к оценке структуры психического дефекта у аутистов, прежде всего как к асинхронному развитию всех сфер деятельности ребенка, позволил вскрыть значимость в становлении его не только эндогенных, но и экзогенных факторов, на основании чего стало возможным обосновать необходимость проведения реабилитации. Реабилитация должна охватывать физиологически благоприятные для ребенка сроки: в возрасте 2—3—7 лет, несмотря на то, что коррекционные мероприятия естественно необходимы и в последующие годы: 8—18 лет. Сроки реабилитации рассчитываются индивидуально.

Исходя из нашего опыта, дневные стационары могут быть и смешанными, но с обязательным знанием работы по реабилитации с аутистами. Они могут формироваться как на базе больницы, так и амбулатории, а также в группах яслей, садов и школ. Такое их расположение только приблизит помощь ребенку-аутисту, облегчит его доставку.

Наконец, возможно открытие дневных стационаров и групп смешанного типа, с частичным введением в них детей с задержанным речевым и психическим развитием органического генеза. Такой подход решает проблему организации системы реабилитации для детей-аутистов и в поселках с небольшой численностью населения. Важнейшей задачей для развития реабилитационных структур является обучение персонала подходам в коррекционной работе к детям с РДА, как и создание специальных воспитательных, дефектологических, логопедических программ для работы с ними. Программ, официально признанных органами здравоохранения,

просвещения и социальной помощи для детей-аутистов у нас пока нет. Методические рекомендации, предложенные нами Минздраву СССР, так оказались и не реализованными на местах, несмотря на благоприятные результаты нашей работы. В последнее время стали появляться многочисленные работы из других стран, которые подтверждают высокую результативность в плане психической коррекции детей-аутистов при воздействии многопрофильными формами коррекции.

По настоящее время, помощь больным с РДА осуществляется преимущественно в больницах, пребывание в которых длительные сроки ведет к социальной депривации, явлениям госпитализма. Тогда как организация специализированной лечебно-коррекционной реабилитации ведет к социальному приспособлению более трети детей с РДА. Эти виды помощи создают условия и для возможности принимать участие в общественно полезном труде и родителям детей-аутистов. Предлагаемые формы помощи являются и более экономичными, гуманными и лежат в основе профилактики (вторичного характера) форм психического недоразвития у детей-аутистов.

К. С. Лебединская, О. С. Никольская

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

Как указывалось выше, диагноз РДА базируется на таких основных симптомах, как аутизм, склонность к стереотипиям, непереносимость изменений в окружающей обстановке, а также ранее, до 30-месячного возраста, выявление специфических признаков дизонтогенеза.

Однако при наличии этой общности проявлений другие признаки обнаруживают значительный полиморфизм. Да и основные симптомы различаются как по особенностям характера, так и по степени выраженности. Все это определяет наличие вариантов с разной клинико-психологической картиной, разной социальной адаптацией, разным прогнозом.

Эти варианты требуют и разного коррекционного подхода, как лечебного, так и психолого-педагогического.

Между тем клинико-психологической классификации, адекватной этим задачам, не имеется. Существующие классификации чаще всего построены по этиологическому либо патогенному принципу.

О. С. Никольской (1985—1987) выделены четыре основные группы РДА.

Основными критериями деления избраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой и тип самого аутизма.

У детей I группы речь будет идти об отрешенности от внешней среды, II - ее отвержения, III - ее замещения и IV сверхтормозимости ребенка окружающей его средой.

Как показали исследования, аутичные дети этих групп различаются по характеру и степени первичных расстройств, вторичных и третичных дизонтогенетических образований, в том числе гиперкомпенсаторных.

Дети I группы с аутистической *отрешенностью* от окружающего характеризуются наиболее глубокой агрессивной патологией, наиболее тяжелыми нарушениями психического тонуса и произвольной деятельности. Их поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому. Эти дети мучительны. Нередко имеется стремление к нечленораздельным, аффективно акцентированным словосочетаниям. Наиболее тяжелые проявления аутизма: дети не имеют потребности в контактах, не осуществляют даже самого элементарного общения с окружающими, не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне, стремления к привычному постоянству окружающей среды. Они не только бездеятельны, но и полностью беспомощны, почти или совсем не владеют навыками самообслуживания.

Скорее всего, здесь речь идет о раннем злокачественном непрерывном течении шизофрении («люцидная кататония»), часто осложненной органическим повреждением мозга.

Дети этой группы имеют наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. Они остаются мучительными, полностью несостоятельными в произвольных действиях. В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции у них могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания; они могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя, но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.

Дети II группы с аутистическим *отвержением* окружающего характеризуются определенной возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет вышеописанной аутостимуляции положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипии: двигательных (прыжки, взмахи рук, перебежки и т. д.), сенсорных (самораздражение зрения, слуха, осязания) и т. д. Такие аффективно насыщенные действия, доставляя эмоционально положительно окрашенные ощущения и повышая психологический тонус, заглушают неприятные воздействия извне.

Внешний рисунок их поведения - манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи. Эти дети обычно малодоступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут. С гримасами либо застывшей мимикой обычно диссоциирует осмысленный взгляд. Спонтанно у них вырабатываются лишь самые простейшие стереотипные реакции на окружающее, стереотипные бытовые навыки, односложные речевые штампы-команды. У них часто наблюдается примитивная, но предельно тесная «симбиотическая» связь с матерью, ежеминутное присутствие которой - непременное условие их существования.

С точки зрения нозологии и у этой группы детей речь, скорее, идет либо о шизофрении, либо, возможно, биохимической, на настоящем уровне диагностики не определяемой, энзимопатии.

Прогноз на будущее для детей данной группы лучше. При адекватной длительной коррекции они могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще - в массовой, реже - во вспомогательной).

Дети III группы с аутистическими *замещениями* окружающего мира характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам. Эти дети имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазий, часто с агрессивной фабулой, спонтанно разыгрываемой ребенком как стихийная психодрама, снимающая пугающие его переживания и страхи. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. Характерны развернутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Эти дети менее аффективно зависимы от матери, не нуждаются в примитивном тактильном контакте и опеке. Поэтому их эмоциональные связи с близкими недостаточны, низка способность к сопереживанию. При развернутом монологе очень слаб диалог.

Нозологическая квалификация этой группы представляет определенные трудности. Здесь нельзя исключить вариант самостоятельной дизонтогении.

Эти дети при активной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Дети IV группы характеризуются *сверхтормозимостью*. У них не менее глубока аутистическая барьер, меньше патологии аффективной и сенсорной сфер. В их статусе на первом плане - неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Значительная часть защитных образований носит не гиперкомпенсаторный, а адекватный, компенсаторный характер, при плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиты у близких; сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения, стараются быть «хорошими», выполнять требования близких. У них имеется большая зависимость от матери, но это не витальный, а эмоциональный симбиоз с постоянным аффективным «заражением» от нее.

Их психический дизонтогенез приближается, скорее, к своеобразной задержке развития с достаточно спонтанной, значительно менее штампованной речью. Дети именно этой группы часто обнаруживают парциальную одаренность.

Нозологически здесь, очевидно, следует дифференцировать между вариантом синдрома Каннера как самостоятельной аномалией развития, реже - синдромом Аспергера как шизоидной психопатией. Эти дети могут быть подготовлены к обучению в массовой школе, а в небольшой части случаев - обучаться в ней и без предварительной специальной подготовки.

Выделенные клинико-психологические варианты РДА отражают, очевидно, различные патогенетические механизмы формирования этой аномалии развития, быть может, разную степень интенсивности и экстенсивности патогенного фактора (о чем говорит возможность их перехода друг в друга в сторону ухудшения при эндогенных колебаниях, экзогенной либо психогенной провокации и, наоборот, улучшения, чаще при эффективности медико-коррекционных мероприятий, а иногда и спонтанно), разный характер генетического патогенного комплекса, особенности «почвы», как конституциональной, так и патологической.

В. Е. Каган

ЧТО ЗА СЛОВАМИ?

До сих пор многие детские психиатры уверены в том, что они должны и вправе скрывать от родителей диагноз расстройства у ребенка и не посвящать их в лечение. Такое замалчивание лишь увеличивает тревогу родителей, заставляя предполагать наихудшее (По Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» [1992] законные представители детей до 15 лет имеют право на получение такой информации). Родители пытаются найти ответы в медицинской литературе. Обилие терминов, которыми описывают детей с недостаточностью общения, может повергнуть в растерянность даже врача, ранее незнакомого с проблемой, а уж тем более находящегося в тревоге неспециалиста, чье восприятие похоже на «болезнь третьего курса» у студентов-медиков, «обнаруживающих» у себя все болезни, с которыми сталкиваются в ходе обучения. Чаще всего используемые термины связаны со словом «аутизм»:

- ранний младенческий аутизм,
- ранний детский аутизм,
- детский аутизм,
- аутистическая психопатия,
- синдром Каннера,
- синдром Аспергера,
- органический аутизм,
- псевдоаутизм и т. д.

Многие нарушения, наблюдаемые у ребенка, родители могут найти в разделах, посвященных детской шизофрении, эпилепсии, психопатиям, мозговым поражениям, неврозам. Как сориентироваться в этом океане информации, где каждый островок, каждая волна выглядят чрезвычайно важными и угрожающими? Тут трудно, если вообще возможно,

не впасть в растерянность и еще более глубокую тревогу. Одни родители оказываются в плену отчаяния - их внимание приковано к самому тяжелому из того, что они читают. Другие, сами того не осознавая, защищаются от

разъедающей душу тревоги, выискивая в книгах утешения и «подтягивая» нарушения у ребенка к самым, как им кажется, легким расстройствам. И то, и другое уводит в сторону от трезвой и реалистической оценки состояния, мешает увидеть перспективы.

Чтобы не путаться во всех этих терминах, мы будем пользоваться словами «неконтактность», «неконтактный». Эти слова достаточно передают то главное, что отличает этих детей и составляет самую суть их поведения. Кроме того, эти слова ориентируют нас на первоочередные нужды ребенка - поддержку и помощь в установлении контактов с окружающим миром. Если вспомнить «диких» детей, у которых из-за отсутствия общения страдает психическое развитие, то станет понятно, что неконтактность ставит ребенка в крайне трудные и невыгодные условия. Она оказывается стеной между ребенком и миром, которая мешает миру учить ребенка, а ребенку - учиться у мира, приводя к тому, что оказывается вторичной задержкой психического развития, которая, в свою очередь, осложняет общение и ... Так замыкается «порочный круг», разорвать который нелегко.

Мы будем иметь в виду, что неконтактность - отсутствие способности к общению. Но далеко не всегда можно отличить неспособность к общению от отсутствия потребности в нем или страха перед ним - особенно в поведении ребенка, который не может рассказать нам о своих переживаниях. Нередко в поведении можно обнаружить признаки и того, и другого, и третьего. Поэтому используем более осторожное определение: это проявляющаяся с раннего возраста невозможность вступить в общение.

Неконтактность - не отдельная самостоятельная болезнь. Ее можно встретить при разных заболеваниях в сочетании и сложном переплетении с другими симптомами. К тому же при разных заболеваниях она и проявляется неодинаково. В этом смысле неконтактность можно сравнить с головной болью или бессонницей, или сниженным настроением, которые могут быть проявлениями и просто усталости, и многих заболеваний. Для врача, который в зависимости от понимания всех этих тонкостей будет планировать обследование и лечение, все, даже самые незначительные детали важны, и выражаются в том, как он называет заболевание, как формируется медицинский диагноз. Для родителей и воспитателей гораздо важнее диагноз психологический - понимание того, что происходит именно с этим ребенком, его переживаний, потребностей, страхов, мотивов: нужна ли ему неконтактность, а если да - то зачем, что она дает ему, от чего защищает, что облегчает; что переживает ребенок, когда натывается на барьер непонимания со стороны окружающих или собственную невозможность выразить свои мысли и чувства; каким представляется мир неконтактному ребенку? Подчас такое понимание осознанно, подчас интуитивно, но именно оно помогает «аукаться» с ребенком через стену неконтактности и вместе с ребенком разрушать эту стену.

А мудреные медицинские термины лучше оставить врачам: развивается медицина - меняются термины. То, что вчера называлось так, сегодня называется уже по-другому. За некоторыми названиями болезней тянется такой шлейф мифов, суеверий и просто предрассудков, что неспециалисту разобраться в этом сложно.

Если вы все же хотите сами узнать из медицинских и психологических книг, что происходит с вашим ребенком, вы, конечно, сделаете это. Но прежде спросите себя: зачем? Одно дело - из-за недоверия к врачу, другое - из-за ваших собственных страхов и опасений, третье - в поисках средства борьбы с чем-то в поведении ребенка, что вас очень раздражает ... Осознание ваших собственных причин и мотивов поможет вам лучше распорядиться полученной информацией. Часто погружение в специальную литературу вызывает новые тревоги и страхи. Не оставайтесь с ними наедине, не давайте им вырастать и заслонять от вас реальное положение дел: лучше всего открыто обсудить прочитанное со специалистом.

ПОЧЕМУ?

Трудности такого рода могут возникнуть уже при знакомстве с причинами неконтактности. В ответ на вопрос: «Почему? Почему это случилось именно с моим ребенком, с нами?» родители находят сведения о причинах, воспринимаемых как слишком абстрактные и не относящиеся к их случаю, либо как основание для самообвинений, либо как несправедливые упреки. Наука изъясняется на безличном языке и говорит о явлениях, но не о людях. Она не обращается лично к вам, не имеет в виду *вашего* ребенка.

Изучая семьи неконтактных детей, Лео Каннер обратил внимание на то, что их родители занимают сравнительно высокое положение в обществе, обычно очень сдержанны в проявлении чувств и вообще скорее понимают, чем чувствуют и сопереживают. Каннер предположил, что дети у них рождаются здоровыми, но родители не могут с самого начала жизни создать для них такую атмосферу, какая необходима для правильного эмоционального развития и формирования навыков общения.

Эта теория причин неконтактности получила название теории эмоциональной холодности родителей. Среди родителей тех детей, которых наблюдал Ганс Аспергер в Австрии, тоже было мало по-настоящему сердечных людей.

Поначалу эта теория была очень популярна. Она возникла в то время, когда медицина и психология получали все новые и новые (надо сказать - очень демонстративные и убедительные) доказательства важности для физического и психического развития детей условий жизни, в частности - контакта с матерью, в раннем детстве. На фоне интереса, который вызывали такие сведения, теория эмоциональной холодности родителей как причины неконтактности казалась очень перспективной. Однако, спустя некоторое время, от нее отказался сам Лео Каннер и большинство исследователей. Почему?

Множество проведенных в разных странах исследований не подтвердили ни непременно высокого социального положения родителей, ни их эмоциональной холодности. Более того, они часто сильнее привязаны к детям, чем это бывает при других нарушениях, и предпринимают гораздо больше усилий, чтобы помочь им. Хотя почти все исследователи считают, что родителей неконтактных детей отличает высокий уровень интеллекта, никому еще не удалось доказать, что, чем умнее родители - тем чаще их дети неконтактны. За много лет работы я убедился в том, что: во-первых, внимание к особенностям развития ребенка выше у социально благополучных и успешных родителей; во-вторых, хорошее интеллектуальное развитие родителей помогает им понять, что с ребенком не все

благополучно, справиться с этой психологической травмой и обратиться за помощью; в-третьих, эмоциональный контакт сдержанных в проявлении эмоций людей не менее глубокий, чем у других.

Для многих родителей теория эмоциональной холодности звучит как упрек в недостаточной любви к ребенку и повод для обвинений себя в имеющихся у ребенка нарушениях. Когда ребенок заболевает или с ним что-нибудь случается, мы всегда так или иначе чувствуем себя виноватыми - даже понимая умом, что нашей вины тут нет. Ребенок простудился или получил травму - а может быть, отпусти мы его гулять на десять минут раньше или позже, все было бы иначе? Но одно дело -чувствовать себя виноватым и совсем другое - обвиняемым. Никто не хочет быть без вины виноватым. Если месяц за месяцем и год за годом отдавать себя помощи неконтактному ребенку, то любой, даже кажущийся только, намек на недостаточную любовь или неумение любить грозит стать несправедливой обидой, подорвать веру в себя как мать, отца. Не каждый сумеет сразу - «первым ходом» - найти лучший подход к ребенку, но это никак не означает, что он виновен в происхождении неконтактности.

Итак, теория эмоциональной холодности родителей оказалась неподтвержденной. Может быть, особенности характера родителей и неконтактность у ребенка связаны с одной общей причиной - например, наследственностью? Никто не станет спорить с важностью наследственности. Но пока не выделены никакие специальные хромосомы или гены, ответственные за происхождение неконтактности и связывающие ее с особенностями психики родителей. Да и как прочертить границы между наследственной отягощенностью - фактом наличия в семье каких-то особенностей или болезней, которые могут никогда не проявиться у детей, наследственной предрасположенностью, которая облегчает возникновение нарушений, и наследственной обусловленностью, полностью отвечающей за них?

Большинство исследователей сходятся лишь в одном - чаще страдают неконтактностью новорожденные мальчики - младшие братья и сестры чаще всего здоровы и общительны. Те дети, которых пришлось наблюдать мне, родились не просто первыми, но и чаще всего от первой беременности.

Сегодня, пожалуй, больше оснований говорить не столько о наследственности (в каждом отдельном случае лучше всего обратиться в генетическую консультацию, особенно - при решении вопроса о вероятности нарушений у последующих детей), сколько о мозговых причинах неконтактности у детей. Нарушения развития и работы нервной системы могут вызываться самыми различными причинами. В значительной мере это зависит от того, что именно, на каком этапе развития нервной системы, на какие ее отделы и с какой силой повлияло. Поэтому разные воздействия на мозг могут приводить к сходным, а, на первый взгляд, одинаковым - к разным результатам. Женщина может не заметить у себя легкого недомогания во время беременности или не придать ему значения. Какие-то причины, связанные с экологической ситуацией (а их сегодня у нас в стране, к сожалению, великое множество), вообще часто остаются неизвестными.

Когда речь идет о наследственных заболеваниях, далеко не все однозначно. Например, при фенилкетонурии развитию болезни с проявлениями неконтактности препятствует специальная диета, но выявление болезни Дауна не дает возможности таких предупредительных мер. Очень трудно надеяться на то, что удастся выделить какую-то общую для всех причину, воздействие на которую предупредит неконтактность. Для многих родителей поиск причин неконтактности ребенка становится сверхзадачей, съедающей все силы и отвлекающей от помощи ребенку здесь-и-сейчас. Возможна ли такая помощь и насколько - зависит от серьезности исходных нарушений, потенциальных возможностей ребенка, своевременности и качества помощи.

Как соотносить, все эти кажущиеся столь разными теории - эмоционально холодных родителей, наследственности и мозговых факторов?

Помня о различиях между «дикими» и неконтактными детьми, придется признать, что первичным должен быть некий мозговой фактор -обязан он наследственности или внешним воздействиям на развивающийся мозг. Он обедняет или ограничивает способность ребенка к установлению или поддержанию контактов с окружением. Для родителей это создает трудноодолимое препятствие в восприятии и понимании поведения ребенка, так что они далеко не всегда могут «достучаться» до его сознания и нащупать подходящие пути контакта. Подавленность этим и растерянность вынуждают опираться на рассудок в поисках путей общения, делая их поведение более рациональным, чем эмоциональным. К тому же ребенок, скрытый за стеной неконтактности и не отзывающийся (или мало отзывающийся) на их эмоциональные проявления, как бы поощряет менее эмоциональные способы общения.

Складывается своеобразный порочный круг, мешающий родителям сообщать, а ребенку воспринимать необходимую информацию о мире и сигналы, поощряющие успешное, желательное поведение. Разорвать этот порочный круг можно лишь двумя способами: медицинскими воздействиями на нервную систему (что возможно пока не всегда и не в той полной мере, в какой хотелось бы) и использованием общения как канала влияния на неконтактность и преодоления ее. Второй способ

выглядит парадоксальным (опора на «слабое» место), но именно он часто оказывается успешным даже тогда, когда первый «не срабатывает», и усиливает эффекты первого, когда он «срабатывает». Поэтому он не «средство отчаяния» (по логике - на безрыбье и рак рыба), а как раз то эффективное средство, которое всегда в руках у семьи. Накопленный в мире опыт показывает, что использование этого средства приносит немалые результаты.

А. С. Спиваковская

ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ АУТИЗМА

Психологический анализ историй болезни, данные бесед с родителями, собственные наблюдения за поведением детей позволили составить представление об особенностях развития детей, принявших участие в данном

исследовании.

Младенчество. Развитие ранних статистических и двигательных функций происходило в положенные сроки. К первым признакам «необычности» поведения, замечаемым родителями, относятся парадоксальные реакции на сенсорные стимулы, проявляющиеся уже на первом году жизни. В реакциях на предметы, звуки, свет обнаруживалась характерная полярность. У части детей реакция на «новизну» была необычайно сильной. Так, изменение освещения, выраженное в чрезвычайно резкой форме и продолжающееся длительное время после прекращения действия раздражителей. Многие дети, наоборот, яркими предметами заинтересовывались слабо, у них также не отмечалось реакций испуга или плача на внезапные и сильные звуковые раздражители, наряду с этим у них замечали повышенную чувствительность к слабым раздражителям. Дети просыпались от едва различимого шуршания.

Легко возникали реакции испуга, страха на индифферентные и привычные раздражители, например работающие в доме бытовые приборы.

Как известно, в период младенчества первым проявлением социальности ребенка, его потребности к общению со взрослыми является набор поведенческих реакций, именуемый «комплексом оживления» (улыбка, зрительное сосредоточение, движение рук и ног в ответ на улыбку, лицо, голос взрослого); у большинства описываемых детей «комплекс оживления» вообще не был выражен. Родители вспоминают, что дети совершенно не улыбались, не оживлялись при звуке голоса. Наряду с

этим все компоненты реакции оживления наблюдались у ряда детей при отсутствии взрослого и относились, например, к висящей над кроватью декоративной тарелке или игрушке. Таким образом, в отличие от нормы, где более стойкой является реакция оживления на взрослого по сравнению с реакцией на неодушевленные предметы, у обследуемых детей наблюдается противоположная картина. Кроме того, в реакциях оживления у детей в ряде случаев отсутствовала характерная безразличность как к близким взрослым, так и к любому постороннему лицу.

По мере роста ребенка слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжала нарастать. Дети не просились на руки; находясь на руках у матери, не принимали соответствующей позы, не прижимались, оставались вялыми и пассивными.

Во второй половине первого года жизни особенности поведения детей проявлялись более отчетливо. Одни дети постоянно проявляли общую вялость, бездеятельность, пассивность. Они не интересовались новыми игрушками, быстро выпускали предметы из рук. Другие, наоборот, отличались повышенной подвижностью, суеливостью. Это проявлялось в желании ребенка схватывать все попадающиеся на глаза предметы, однако при отсутствии характерного ощупывания, изучения свойств предмета. У многих детей возникали стереотипы движения руками, пальцами. Дети могли подолгу держать руки перед глазами, причудливо переплетать пальцы, скрещивать руки. Первые слова появлялись рано. Обычно уже к 7-8 месяцам многие произносили около десяти слов.

Раннее детство. Главным новообразованием этого периода становятся действия с предметами, усваиваются общественно выработанные способы их употребления. Существенная роль в этом принадлежит развитию ориентированной деятельности, которая в норме направляется на выяснение функциональных свойств предметов. В отличие от этого, для наблюдаемых детей оставались привлекательными манипуляции предметами, их ориентировочные реакции даже за пределами раннего детства направлялись на физические свойства вещей. Например, многих детей привлекали пуговицы, камешки, катушки, так как подбрасывание или постукивание ими вызвало характерные звуки. Некоторые дети открывали и закрывали двери с целью получения специфического скрипящего звука. Другие вслушивались в шуршание разрываемой бумаги. Излюбленным занятием для многих детей было переливание воды.

По-видимому, со специфическим реагированием на «новизну» связан отмечаемый у аутичных детей феномен непереносимости изменений в окружающей обстановке. Это явление в литературе получило название «феномена тождества». Безучастные и, казалось бы, невнимательные к окружающему дети дают бурные реакции на самые минимальные изменения в окружающей обстановке: перемены порядка расположения предметов на полочке, новую занавеску, снятое с вешалки пальто, новый воротник на одежде матери. Очень часто дети строго избирательны в собственной одежде. Родители подолгу не могут заставить их надеть новую пижаму или рубашку. Такая же избирательность относится и к еде, дети нередко избегают пищу определенных видов, или, наоборот, предпочитают питаться только одним, конкретным видом еды, полностью игнорируя все прочее.

Действия самообслуживания формируются медленно, однако, уже овладев ими, дети обычно отказываются применять усвоенные навыки, предпочитая, чтобы их кормили и одевали взрослые.

С двух лет у большинства детей появлялась фразовая речь, как правило, с чистым произношением. И в то же время многие дети почти совсем не говорят, редко используют речь для контактов с людьми. При этом, будучи предоставленными самим себе, они обнаруживали богатую речевую продукцию: что-то рассказывали, читали стихи, напевали песенки. Часть родителей с раннего возраста отмечали у своих детей выраженную многоречивость. Дети не замолкали ни на минуту, они постоянно все комментировали, называли предметы, поясняли свои и чужие действия. Однако такая говорливость характеризовалась, по определению О.П.Юрьевой (1972), «потерей чувства собеседника». Несмотря на повышенную речевую продукцию, от таких детей трудно получить ответ на вопрос, их речь не сочеталась с ситуацией, ни к кому конкретно не адресовалась. Нарушение коммуникативной функции речи проявлялось также в своеобразных голосовых модуляциях. Страдает и грамматический строй речи. Наиболее часто встречается у детей явление «реверсии местоимений». Дети называют себя «ты» или «он», а других людей - «я».

Дошкольный возраст. В этом возрасте внимание родителей привлекает особое, «странные» интересы детей. Можно привести примеры увлечений дорожными знаками, водопроводными кранами, печатными рекламными номерами телефонов, всевозможными условными обозначениями, словами на иностранных языках. Один ребенок испытывал сильное влечение к огню, другой - к железнодорожным рельсам. Необычные по содержанию влечения

сопровождались патологическим фантазированием. В содержании аутистических фантазий причудливо переплетаются случайно услышанные ребенком сказки, истории, кинофильмы и радиопередачи, вымышленные и реальные события. Патологические фантазии детей отличаются повышенной яркостью, образностью. Нередко содержание фантазий приобретает агрессивный характер. Дети могут часами ежедневно, причем в течение многих месяцев, а иногда и нескольких лет, рассказывать истории о мертвецах, скелетах, убийствах, поджогах, называют себя «бандитом», «потрошителем», приписывают себе всевозможные пороки.

Наряду с этим у многих детей обнаруживались несомненные музыкальные способности, некоторые хорошо рисовали. Вместе с тем в этот период усиливались нарушения коммуникативной функции речи, появлялся избирательный мутизм, изменялось интонирование, возникали стереотипы речевые штампы, своеобразные акценты, ударения, растягивания слов. У некоторых детей заострялось аграмматизмы, возникали эхололии, неогилизмы. Этот период в жизни детей характеризовался появлением неадекватных страхов. Отмечались страхи меховых предметов и игрушек, лестницы, увядших цветов, свечей, лампочек, нередко возникал страх незнакомых людей. Многие дети боялись ходить по улице, опасаясь, что на них наедет машина, ездить в транспорте, так как им казалось, что может произойти катастрофа.

Дети испытывали неприязнь, если им случалось испачкать руки, раздражались, когда на одежду попадала вода. Часто появлялись более выраженные, чем в норме, страхи темноты, боязнь остаться одним в квартире.

У части детей отмечалась чрезмерная чувствительность к грустным мелодиям, они часто плакали при просмотре кинофильмов или когда им читали книги. Другие, наоборот, любили страшные фильмы и сказки, получали особое удовольствие, когда с героями случались неприятности («не помогу, если мальчик заблудился в лесу»).

С этим сочетались холодность или даже жестокость по отношению к близким взрослым. Нередко дети могли ударить или укусить, стремились все делать назло. Чрезвычайно существенно то обстоятельство, что почти все дети оставались совершенно безразличными к оценкам взрослых. У них отсутствовало характерное для дошкольного возраста в норме желание понравиться, заслужить похвалу, одобрение. Для всех детей без исключения было характерно отсутствие тяготения к детскому коллективу, потребности в общении со сверстниками. На улице, на прогулках, в общественных местах дети производили впечатление слепых или глухих, они не обращали внимания на окружающих, не смотрели на собеседника, избегали взгляда других людей.

В. Е. Каганом приводится точное выражение: «Ребенок ходит мимо людей ... смотрит сквозь людей...» (1976, с. 9).

У некоторых детей периодически появлялся интерес к маленьким детям, но со стремлением нанести им боль. Родители отмечали, что большее время их дети проводили в одиночестве, никто не был им нужен, они не подключались к домашним занятиям, не стремились помочь. У них полностью отсутствовала потребность в совместной со взрослыми жизни и активном участии в ней.

Младший школьный возраст. Некоторые из детей, принимавших участие в наших экспериментах, впоследствии пошли в школу. Часть детей обучались индивидуально, некоторые в условиях массовой школы. В школе по-прежнему сохранялась изолированность детей от коллектива, они не умели обращаться со сверстниками, не имели друга. Отмечаются колебания настроения, новые, уже связанные со школой страхи. Школьная деятельность не ладится. Учителя отмечают пассивность и невнимательность на уроках. Одни дети постоянно погружены в себя, другие предпочитают фантазировать, нередко прямо на уроке. Их трудно заинтересовать работой класса.

Дома дети выполняют задания только под контролем родителей. Быстро наступает пресыщение, утрачивается интерес к предмету.

В школьном возрасте у некоторых детей стремление к «творчеству» усиливается. Они пишут рассказы, стихи, сочиняют истории, которые якобы с ними приключились. Появляется избирательная привязанность к тем взрослым, которые их слушают и не мешают свободному фантазированию. Часто это бывают случайные, малознакомые люди: старушки во дворе, прохожие. По-прежнему у детей отсутствует потребность в активной совместной жизни со взрослыми, в продуктивном общении с ними. Учеба в школе не складывается в ведущую для ребенка деятельность.

Патопсихологический эксперимент выявил у детей эмоциональную неадекватность и разлаженность поведения. При соответствующем возрасту уровне обобщений, сохранной и лишь иногда ослабленной способности к усвоению новых знаний обнаружилось признаки нарушений мышления, хаотичность ассоциативного процесса, разноплановость и нарушения динамики мышления.

К. С. Лебединская, О. С. Никольская

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАРТА

Исследование ребенка первых двух лет жизни при предположении у него раннего детского аутизма

Использование предложенной специальной диагностической карты целесообразно для исследования ребенка первого и второго года жизни.

Приведенные вопросы добавляются к традиционному психиатрическому либо патопсихологическому

анамнезу в случае, если основные жалобы родителей либо данные сопутствующих документов вызывают предположение о возможности РДА.

Такой претендент в клинической, в частности психоневрологической клинике, не единственный. Известны специальные схемы анамнеза и статуса детей и взрослых, страдающих эпилепсией и другими заболеваниями. За рубежом имеется ряд схем для обследования детей с РДА. Однако диагностические критерии РДА у детей первых лет жизни представлены в них значительно менее подробно, во многих выпадают сведения об отдельных сферах развития (эмоциональной и т. д.).

Естественно, что у данного аутичного ребенка будут проявляться не абсолютно все признаки РДА, западения в отдельных сферах будут выступать в разной степени. Поэтому представленная ниже подробная диагностическая карта, фиксирующая особенности развития всех неврологических сфер ребенка, должна способствовать не только ранней диагностике и терапии РДА, но и выбору методов психологической коррекции, адекватных клинико-психологическому варианту РДА и индивидуальным особенностям ребенка.

ВЕГЕТАТИВНО-ИНСТИНКТИВНАЯ СФЕРА

Неустойчивость ритма «сон-бодрствование». Длительность сна. Длительность периода засыпания и сна. Засыпание лишь в определенных условиях (на улице, на балконе, при укачивании). Поверхность, прерывистость сна днем. «Спокойная бессонница». Ночные страхи. Крик и плач при пробуждении. Связь нарушений сна с психогениями, экзогениями.

Трудности взятия груди, задержка формирования автоматизма сосания. Вялость, недостаточность времени сосания.

Срыгивания, рвоты, желудочно-кишечные дискинезии. Склонность к запорам.

Отсутствие пищевого рефлекса. Анорексия. Возможность кормления лишь в особых условиях (ночью, в просоночном состоянии и т. д.). Избирательность в еде. Гиперсензитивность к твердой пище, употребление только протертой. Привычные рвоты.

Малоподвижность, пассивность. Слабость или отсутствие реакции на мокрые пеленки, холод, голод, прикосновение.

Двигательное беспокойство, крик и сопротивление при пеленании, прикосновении, взятии на руки, купании, массаже и т. д.

АФФЕКТИВНАЯ СФЕРА

Особенности общего эмоционального облика: отрешенность, обеспокоенность, тревожность, напряженность, индифферентность. Периодические «уходы в себя». Запаздывание формирования, слабость или чрезмерность выраженности эмоций удивления, обиды, гнева. Слабая эмоциональная откликаемость. Трудность вызывания эмоциональной реакции, заражения эмоцией взрослого.

Преобладание повышенного либо пониженного фона настроения. Выраженность и характер суточного ритма.

Немотивированные колебания настроения. Дистимические расстройства с капризностью, плаксивостью, «нытьем», эмоциональной пресыщаемостью. Дисфорические расстройства с напряженностью, негативизмом, агрессивной готовностью. Склонность к эйфории с монотонным двигательным возбуждением, дурашливостью, булимией. Субдепрессивные состояния с малоподвижностью, гипомимией, двигательным плачем, потерей аппетита, нарушением сна, большей выраженностью аффективных расстройств по утрам.

Невротические реакции на неудачу, отношение близких: самоагрессия, тики, вегетативные расстройства.

Психопатоподобные реакции: негативизм, агрессия к близким детям. Истерифоричные реакции.

Первый возрастной криз. Время появления и длительность психомоторной возбудимости, страхи, тревога, нарушения сна и питания, пресыщаемость в игре. Явление негативизма: сопротивление умыванию, одеванию, стрижке, агрессивность.

Страхи. Время появления. Страхи животных. Страхи бытовых шумов (звуки пылесоса, полотера, электробритвы, фена, шума в водопроводных трубах и т. д.), тихих звуков (шелеста бумаги, жужжания насекомых и т. д.). Боязнь изменения интенсивности света, предметов определенного цвета и формы, прикосновения, влаги.

Страхи остаться одному, потерять мать, чужих, высоты, лестницы, огня. Отсутствие страха темноты.

Страхи, обусловленные ситуационно. Психогенные иллюзорные расстройства.

Страхи с идеями толкования: отношения, угрозы, перевоплощения и т. д.

«Феномен тождества». Трудности при введении прикорма. Приверженность узкому кругу еды, отвергание новых видов пищи. Ритуальность к атрибутике еды. Жесткое следование усвоенному режиму. Болезненная реакция на его изменение. Приверженность привычным деталям окружающего (расположение мебели, предметов, игрушек). Негативизм к новой одежде.

Уровень патологической реакции на перемену обстановки (помещение в ясли, переезд): нарушение вегетативных функций, невротическое, психопатоподобные расстройства, регресс приобретенных навыков, психотические явления.

Нарушение чувства самосохранения. Отсутствие «чувства края» (свешивание за борт коляски, стремление выбраться из манежа, выбежать на проезжую часть улицы, убежать на прогулке и т. д.). Отсутствие страха высоты, закрепление опыта контакта с горячим, острым.

СФЕРА ВЛЕЧЕНИЙ

Агрессия. Ее проявления. Жестокость к близким, детям, животным, стремление ломать игрушки.

Легкое возникновение агрессии в аффекте. Агрессия как стремление привлечь внимание, вступить в игру. Агрессия при страхе. Влечение к ситуациям, вызывающим страх. Агрессия при радости.

Самоагрессия: спонтанная, при неудачах. Брезгливость. Понижение и повышение. Их сочетание.

СФЕРА ОБЩЕНИЯ

Визуальный контакт. Отсутствие фиксации взгляда на глазах человека (взгляд вверх, «мимо», «сквозь»). Активное избегание взгляда человека. Характер взгляда: неподвижный, застывший, испуганный и т. д.

Комплекс оживления. Отставленность. Слабость реакции на свет, звук, лицо, погремушку. Отсутствие какого-либо компонента: двигательного, голосового, улыбки.

Первая улыбка. Слабость, редкость. Особенности внешней характеристики: «неземная», «лучезарная». Отнесенность не к человеку, а к неодушевленному предмету, возникновение на звук, ощущение. Отсутствие заражаемости от улыбки, интонации, смеха взрослого.

Узнавание близких. Задержка в узнавании матери, отца, других близких. Слабость эмоциональной насыщенности узнавания (отсутствие улыбки, движения навстречу при приближении). Реакция на приход и уход близких.

Формирование наибольшей привязанности к кому-либо из близких. Малая потребность в матери, слабость реакции на ее уход, отсутствие позы готовности при взятии на руки. Сопротивление при взятии на руки. Симбиотическая связь с матерью: непереносимость ее самого кратковременного отсутствия (патологические вегетативные реакции, невротические, психопатоподобные реакции, регресс навыков). Симбиоз с другими членами семьи, няней.

Появление слов «мама», «папа» после других. Их неотнесенность к родителю. Другие необычные вербальные обозначения родителей. Эпизоды страха кого-либо из родителей. Смена симбиоза на индифферентность, избегание, враждебность.

Реакция на нового человека. Непереносимость: тревога, страхи, сопротивление при взятии на руки, агрессия, игнорирование. «Сверхообщительность».

Контакт с детьми. Игнорирование: пассивное, активное. Стремление лишь к физическому общению. Обследование как неодушевленного предмета. Импульсивные действия. Игра «рядом». «Механическое» заражение поведением детей. Амбивалентность в стремлении к контакту, страх детей. Сопротивление при попытке организации контакта извне. Агрессивность к детям. Агрессивная реакция на рождение сибса. Избирательность контактов с детьми. Особенности их круга.

Отношение к физическому контакту. Стремление, неприязнь. Гиперсинзетивность, переносимость лишь «малых доз» прикосновения, поглаживания, кружения, тормошения и т. д.

Реакция на словесные обращения. Отсутствие отклика на имя. Слабость, замедленность, отсутствие реакции на другие обращения. «Псевдоглухота». Избирательность ответных реакций на речь. Отсутствие адекватного жеста.

Поведение в одиночестве. Отсутствие реакции. Непереносимость, страх. Предпочтение. Стремление к территориальному уединению.

Отношение к окружающему. Необычность первоначального объекта фиксации внимания (яркое пятно, деталь одежды и т. д.). Индифферентность к окружающему, отсутствие активности исследования предметов.

«Отсутствие» дифференциации одушевленного и неодушевленного. «Механическое» использование руки, туловища взрослого. Диссоциация между отрешенностью и эпизодами, указывающими на хорошую ориентацию в окружающем.

ВОСПРИЯТИЕ

Зрительное восприятие.

Взгляд «сквозь» объект. Отсутствие слежения взглядом за предметом. «Псевдослепота». Сосредоточенность взгляда на «беспредметном» объекте: световом пятне, участке блестящей поверхности, узоре обоев, ковра, мелькании теней. Завороженность таким созерцанием. Задержка на этапе рассматривания своих рук, перебирания пальцев у лица.

Рассматривание и перебирание пальцев матери. Упорный поиск определенных зрительных ощущений. Стойкое стремление к созерцанию ярких предметов, их движения, верчения, мелькания страниц. Длительное вызывание стереотипной смены зрительных ощущений (при включении и выключении света, открывании и закрывании дверей, двигании стекол полок, верчении колес, пересыпании мозаики и т. д.).

Раннее различение цветов. Рисование стереотипных орнаментов.

Зрительная гиперсинзетивность: испуг, крик при включении света, раздвигании штор; стремление к темноте.

Слуховое восприятие.

Отсутствие реакции на звук. Страхи отдельных звуков. Отсутствие привыкания к пугающим звукам.

Стремление к звуковой аутоstimуляции: сминанию и разрыванию бумаги, шушанию целлофановыми пакетами, раскачиванию створок двери. Предпочтение тихих звуков.

Ранняя любовь к музыке. Характер предпочитаемой музыки Ее роль в осуществлении режима, компенсация поведения. Хороший музыкальный слух. Гиперпатическая отрицательная реакция на музыку.

Тактильная чувствительность.

Измененная реакция на мокрые пеленки, купание, причесывание, стрижку ногтей, волос. Плохая переносимость одежды, обуви, стремление раздеться. Удовольствие от ощущения разрывания, расслоения тканей, бумаги, пересыпания круп. Обследование окружающего преимущественно с помощью ощупывания.

Вкусовая чувствительность.

Непереносимость многих блюд. Стремление есть несъедобное. Сосание несъедобных предметов, тканей. Обследование окружающего с помощью облизывания.

Обонятельная чувствительность.

Гиперсинзетивность к запахам. Обследование окружающего с помощью обнюхивания.

Проприоцептивная чувствительность.

Склонность к аутостимуляции напряжением тела, конечностей, ударами себя по ушам, зажиманием их при зевании, ударами головой о бортик коляски, спинку кровати. Влечение к игре с взрослым типа верчения, кружения, подбрасывания.

МОТОРИКА

Нарушение мышечного тонуса на первом году жизни. Гипертонус. Гипотонус. Время выявления, проявления. Длительность и эффективность применения массажа.

Моторный облик: двигательная заторможенность, вялость или расторможенность, возбудимость.

Медлительность, угловатость, порывистость, марионеточность движений. Неуклюжесть, мешковатость. Необычные грациозность, плавность движений, ловкость при лазанье, балансировании.

Задержка в формировании навыка жевания.

Слабость реакции на помощь взрослого при формировании навыков сидения, ползания, вставания.

Задержка в развитии ходьбы (длительный интервал между ползанием и началом ходьбы). «Внезапность» перехода к ходьбе. Активность в ходьбе. Страх ходьбы. Начало бега одновременно с началом ходьбы.

Особенности бега: импульсивность, особый ритм, стереотипное перемежение в застываниями. Бег с широко расставленными руками, на цыпочках. Особенности походки: «деревянность» (на негнущихся ногах), порывистость, некоординированность, по типу «заводной игрушки» и т. д.

Разница моторной ловкости в привычной обстановке и вне ее.

Двигательные стереотипии: раскачивания в колыбели, однообразные повороты головы. Ритмические сгибания и разгибания пальцев рук. Упорное, длительное раскачивание: стенки манежа, на игрушечной лошадке, качалке. Кружение вокруг своей оси. Машущие движения пальцами либо всей кистью. Разряды прыжков и т. д. Вычурный рисунок двигательных стереотипии.

Отсутствие указательных жестов, движений головой, означающих либо отрицание, либо утверждение, жестов приветствия или прощания.

Затруднения в имитации движений взрослого. Спротивление в принятии помощи при обучении двигательным навыкам.

Мимика (в том числе по фотографиям в данном возрасте). Гипомимичность: бедность мимических комплексов (улыбки, испуга, плача и т. д.). Напряженность, неадекватные гримасы.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

Впечатление необычной выразительности осмысленности взгляда в первые месяцы жизни.

Впечатление «тупости», непонимания простых инструкций.

Плохое сосредоточение внимания, его быстрая пресыщаемость. «Полевое» поведение с хаотической миграцией, неспособность сосредоточения, отсутствием отклика на обращение. Сверхизбирательность внимания. Сверхсосредоточенность на определенном объекте.

Беспомощность в элементарном быту. Задержка формирования навыков самообслуживания, трудности обучения навыкам, отсутствие склонности к имитации чужих действий.

Отсутствие интереса к функциональному значению предмета.

Большой для возраста запас знаний в отдельных областях. Любовь к слушанию чтения, влечение к стиху. Преобладание интереса к форме, цвету, размеру над образом в целом. Интерес к знаку: тексту книги, букве, цифре, другим обозначениям. Условные обозначения в игре. Преобладание интереса к изображенному предмету над реальным. Склонность фабулы фантазий, игр, сверценностные интересы (к отдельным областям знаний, природе и т. д.).

Необычная слуховая память (запоминание стихов, других текстов). Необычная зрительная память (запоминание маршрутов, расположения знаков на листе, грампластинке, ранняя ориентация в географических картах).

Особенности временных соотношений: одинаковая актуальность впечатлений прошлого и настоящего.

Разница «сообразительности», интеллектуальной активности в спонтанной и заданной деятельности.

РЕЧЬ

Слабость или отсутствие реакции на речь взрослого. Отсутствие фиксации взгляда на говорящем. Диссоциация между отсутствием реакции на слово и гиперсензитивностью к невербальным звукам, между «непониманием» простых бытовых инструкций и пониманием разговора, не обращенного к ребенку.

Лучшая реакция на тихую, шепотную речь.

Запаздывание или отсутствие фазы гуления. Его неинтонированность. Запаздывание или отсутствие фазы лепета. Его необращенность к взрослому.

Запаздывание или опережение появления первых слов. Их необращенность к человеку, необычность, малоупотребимость. Эхолалии. Динамика накопления словаря: «плавающие» слова, регресс речи на уровне отдельных слов.

Запаздывание или опережение появления фраз. Их необращенность к человеку. Комментирующие, аффективные фразы. Фразы-аутокоманды. Фразы-эхолалии. Отставленные эхолалии. Эхолалии-цитаты. Эхолалии-обобщенные формулы.

Склонность к вербализации: игра фонематически сложными, аффективно насыщенными словами. Неологизмы. Монологи и аутодиалоги. Слова-отрицания.

Страхи аффективно насыщенных метафор. Склонность к декламации, рифмованию, акцентуации ритма.

Отсутствие речи о себе в первом лице (при хорошей фразовой речи). Неправильное употребление других личных местоимений. Регресс фразовой речи; факторы, его провоцирующие.

Вычурность интонаций. Повышение высоты голоса к концу фразы. Невнятность, скомканность, свернутость речи, произношение лишь отдельных слогов. Разница развернутости речи, внятности произношения в спонтанной и заданной деятельности. Мутизм тотальный. Мутизм избирательный.

ИГРА

Игнорирование игрушки. Рассматривание игрушки без стремления к манипуляции. Задержка на стадии манипулятивной игры. Манипулирование лишь с одной игрушкой.

Манипулирование с неигровыми предметами, дающими сенсорный эффект (зрительный, звуковой, тактильный, обонятельный, проприоцептивный). Стереотипность манипуляций. Сохранение манипуляций, свойственных более раннему возрасту (шелканье пальцами, перебирание ими перед глазами).

Символизация, одушевление неигровых предметов в сюжетной игре. Группировка игрушек и неигровых предметов по цвету, форме, размеру. Склонность к выкладыванию рядом, орнаментов.

Некоммуникативность игры. Игра в одиночку, в обособленном месте. Аутодиалоги в игре. Игры-фантазии с перевоплощением в других людей, животных, предметы. Спонтанность сюжеты игры, трудности введения и изменения ее фабулы извне.

НАВЫКИ СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Трудности усвоения режима. «Собственный» режим.

Запаздывание формирования навыков: пользования ложкой, удерживания чашки, одевания. Диссоциация между владением навыками заданной и спонтанной деятельности. Затруднения в имитации действий взрослого. Отказ от помощи либо, наоборот, ее охотное использование. Регресс навыков еды и одевания.

Время появления опрятности. Способ сообщения взрослому о потребности мочеиспускания или дефекации. Отсутствие сообщения, длительное «терпение» до высаживания. Страх горшка. Склонность к регрессу навыков. Связь с невротическими и психопатоподобными явлениями.

Патологические привычки.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯЦИИ

Предрасположенность к аллергическим заболеваниям, аллергическим компонентам при общих инфекциях, аллергической реакции на лекарственные препараты.

Связь ухудшения психического состояния с соматическим неблагополучием: тревоги, страхи, другие аффективные расстройства, стереотипии; временный регресс приобретенных навыков.

Манифестация проявлений аутизма после соматического заболевания.

Раздел II МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

К. С. Лебединская

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Проблема медикаментозной терапии раннего детского аутизма (РДА) имеет свой исторический путь, связанный как с эволюцией взглядов на эту патологию, динамикой отношений к ее лечению, так и традициям медицины, прежде всего - детской психиатрии в разных странах.

В отечественной психиатрии, долго рассматривавшей РДА в основном в рамках детской шизофрении, его проявления расценивались как симптоматика самой болезни. Поэтому предпочитались достаточно высокие дозы нейролептических препаратов.

Это же было характерно для американской психиатрии с 50-х гг. в связи с победным опьянением от «психофармакологической эры» - парадом открытий психотропных препаратов. Тяжелых возбужденных больных удавалось «вписать в интерьер», сделать относительно управляемыми, но, как заключил отец аутичного ребенка «жить стало проще, но мы потеряли сына». Конечный эффект больших доз нейролептиков в детской практике сводился к угнетению познавательных процессов, психического развития ребенка в целом.

Как известно, в 60-е гг. за рубежом, прежде всего в США, начала преобладать идея РДА как особой аномалии психического развития, связанной с психотравмирующими условиями воспитания: патологически тяжелым эмоциональным давлением матери, парализующим психическую активность ребенка. Такой подход предусматривал необходимость не медикаментозного лечения, а психотерапии: реконструкции межличностных отношений «мать - ребенок». Присоединение к этому и предшествующего неудачного опыта от лечения большими дозами нейролептиков отбросило поиск адекватного лечебного воздействия в сторону только психолого-педагогической коррекции. Медикаментозная терапия была скомпрометирована как фактор, тормозящий нормальный психический онтогенез. Стадия неоправданного терапевтического оптимизма сменилась стадией такого же неоправданного пессимизма.

Однако постепенно накапливалось все больше данных о биологической природе РДА. В 70-х гг. эта аномалия развития была описана при таких грубых органических поражениях ЦНС, как фенилкетонурия, хромосомная патология (фрагильная X-хромосома), такие дегенеративные заболевания, как болезнь Ретта и др. Это вновь развернуло поиск в сторону медикаментозной терапии РДА.

Предшествующее разочарование в нейролептиках сначала определило предпочтение барбитуратов, пептидов, опиатов, больших доз витаминов. Однако быстрое накопление многочисленных вариантов транквилизаторов, антидепрессантов и психостимуляторов, необладающих массивными побочными действиями и осложнениями нейролептиков, значительно уменьшило страх перед медикаментозной терапией.

Подход к лечению РДА различен в разных странах. Во многих учреждениях США, где проводится массивная психолого-педагогическая коррекция РДА, медикаментозное лечение отсутствует вообще. В других терапия используется в различной мере, часто - лишь при психотических осложнениях, судорожных припадках. В Европе арсенал психотропных средств значительно шире и подход смелее. В отечественной детской психиатрии медикаментозное лечение РДА проводится особенно интенсивно.

Поэтому странным образом выглядит та ситуация, что в отличие от зарубежной практике, где при меньшем применении лекарств вопросы медикаментозной терапии РДА достаточно широко освещаются в монографиях и текущей литературе - в нашей стране специальных достаточно обобщающих работ, посвященных этой проблеме, практически не существует. Данные рекомендации имеют целью по мере возможности восполнить этот пробел.

К сожалению, медикаментов со специфически действием именно на синдром РДА практически не существует. Речь идет об индивидуализированных комбинациях нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов, психостимуляторов, лекарствах общеукрепляющего действия, а в случаях необходимости, дегидратационной и антисудорожной терапии. В детской практике широко применяются препараты, обладающие более мягким действием и меньшими побочными явлениями, различные комбинации микстур и лекарственных трав. Препараты, получившие теперь рабочее наименование «антиаутистических» (лепонекс, эглонил, оран, флупширилен, симан, фенфлюрамин) относительно более специфичны в виду их действия не на сам аутизм, а лишь его предпосылки: аффективные, двигательные расстройства, состояния тревоги и страхов.

Нозологический подход к медикаментозной терапии РДА оказался несостоятельным. Во-первых, не может быть нозологической терапии

РДА, относимого к эндогенному, шизофренному кругу, так как неясна нозологическая сущность самой шизофрении. Неэффективной оказалась попытка специфической терапии синдрома РДА внутри различных органических форм поражения ЦНС: при фрагильной X-хромосоме, фенилкетонурии и др. Лечение фолиевой кислотой, большими дозами витаминов группы В6, завираксом, чуть поднимая общую активность аутичного больного с фрагильной X-хромосомой, антиаутистического эффекта не давало. Специфическая диета при ФКУ, хотя и уменьшает проявления тяжелого органического психосиндрома, однако аутистические проявления не снимает. РДА органической природы лечится также неспецифическим набором психотропных препаратов, независимо от нозологии.

Лечение РДА трудно ввиду сложного переплетения дизонтогенетических расстройств с нередкой симптоматикой текущего болезненного процесса. Нарушение психического развития при РДА по типу искажения (недоразвития одних систем и акселерации других) требует большой осторожности в применении препаратов, оказывающих затормаживающее действие.

Наш многолетний опыт выявил ряд общих закономерностей, специфических для длительной «поддерживающей» терапии РДА. Поэтому прежде чем представить частное действие отдельных лекарств, мы сочли целесообразным сначала остановиться на ряде общих принципов терапии РДА в домашних условиях.

Полученные данные основаны на анализе лечения 385 аутичных детей в возрасте от 4 до 10 лет,

наблюдаемых в специальной экспериментальной группе по комплексной клинико-психолого-педагогической коррекции РДА при НИИ коррекционной педагогики РАО.

Как известно, там где речь идет не о психической болезни (либо ограниченной во времени, либо текущей), а об аномалии развития, на первый план в стимуляции психического онтогенеза выходит психолого-медико-педагогическая коррекция. В случае РДА ее основной задачей является выведение аутичного ребенка в контакты с внешним миром, формирование межличностных взаимоотношений, предпосылок целенаправленной социальной деятельности, воспитание и поддержание адекватных социальных установок и интересов.

Медикаментозная же терапия облегчает психолого-педагогическую коррекцию, способствуя снятию продуктивной болезненной симптоматики (тревоги, страхов, психомоторного возбуждения, навязчивых явлений), поднятию общего и психического тонуса. Такая лекарственная «подушка» делает аутичного ребенка более доступным к психотерапии, воспитанию и обучению и является неотъемлемой частью комплексной клинико-психолого-педагогической коррекционной тактики. Объединение биологической и социальной коррекции способствует их взаимному потенцированию.

С точки зрения основной цели - реконструкции психического развития, возможности адекватного воспитания и обучения - главной задачей медикаментозной терапии и является стимуляция энергетического потенциала и снятие сенсо-аффективной гипертензии. Это осуществляется комплексом психостимуляторов, нейролептиков и транквилизаторов.

Достаточно крупной терапевтической мишенью является и комплекс «возрастных» симптомов, сопутствующих специфической симптоматике РДА, а иногда и маскирующих ее: вегетативной дистонии, явлениям психомоторного возбуждения, расторможенности влечений.

Ряд подходов к лечению РДА обусловлен важностью учета функциональной незрелости внутренних органов ребенка (печени, почек и др.), других функциональных систем (гормональной, ферментативной, иммунной, определенных отделов мозга, гематоэнцефалического барьера).

Поэтому к медикаментам предъявляются повышенные требования в отношении их безопасности, минимальности побочных действий. Предпочитаются психотропные препараты, уже апробированные в практике терапии взрослых больных и в больничных условиях.

В детском возрасте очень незначительна разница не только между дозами, вызывающими терапевтический и угнетающий эффект, но и дозами токсическими. Поэтому необходимы осторожность и терпение при наращивании доз, начало лечения - всегда с доз минимальных.

Если такие первичные для РДА расстройства, как низкий психический тонус и сенсо-аффективная гипертензия являются облигатным объектом терапии, то подход к другой симптоматике РДА, расцениваемой нами как вторично-дизонтогенетическая, видоизменяет наше отношение к стратегии лечения. Это в первую очередь относится к стереотипиям, особенно - двигательным. Как известно, в традиционной клинической практике эти явления рассматриваются в кругу процессуально-болезненных, кататонических расстройств и подлежат терапевтическому снятию.

Вопрос о механизме стереотипий представляет, с нашей точки зрения, большой интерес. Действительно, их кататонический (или кататоподобный) характер не случаен. Достаточно вспомнить весь моторный облик аутичного ребенка: манерность позы и походки, скованность и деревянность движений. В этом двигательные стереотипии правильно расцениваются клиницистами как патологические образования. Однако больной организм, очевидно, и свои защитные механизмы вынужден черпать из явлений наличного, пусть патологического, регистра. Двигательные, сенсорные, речевые стереотипии в определенной мере субъективно спасительны для аутичного ребенка, так как заглушая ощущения тревоги и страхов, в то же время вызывают у него положительные эмоции в условиях самоизоляции от окружающего мира. Поэтому в психолого-педагогической коррекции, начиная от начальных этапов завязывания контактов и способов совместной игры, и нередко - до этапов разработки профессиональных навыков, склонность к стереотипиям используется психологом и педагогом как фактор, облегчающий для аутичного ребенка выработку полезных социальных навыков. В этих условиях перед врачом встает задача определения степени выраженности стереотипий. Их медикаментозная ликвидация целесообразна тогда, когда они достигают уровня насильственности, тяжелой одержимости, препятствуют целенаправленной деятельности и осуществлению коррекции.

То же касается и патологических фантазий, привычно рассматриваемых в детской психиатрической клинике как «бредоподобные», в связи с этим они нередко являются объектом активной нейролептической терапии. Наш опыт показывает, что «лечить» их, особенно в начале, не следует. Через фанту психологу и педагогу облегчается вход в эмоциональный контакт с ребенком, в совместную деятельность, прежде всего - игру. В дальнейшем направленное специалистом видоизменение сюжета такой фантазии поможет ему постепенно «развернуть» интересы ребенка на окружающий его мир.

Имеется ряд и других закономерностей в терапии РДА у детей. Так, при достижении в процессе психотерапии эмоционального контакта ребенка со специалистом, нередко он, ранее скрывавший свою тревогу и страхи, начинает с облегчением о них рассказывать. Такой «прорыв» обрушивается на врача массой информации о патологической симптоматике и не всегда позволяет ему разграничить ее во времени, понять, что откровенность ребенка свидетельствует о дезактуализации страхов. Поэтому первым порывом врача нередко является ошибочное увеличение дозировки препарата, в то время как речь должна идти о ее снижении.

Ряд специфических сложностей в лечении РДА связан и с недифференцированным подходом к психопатоподобным проявлениям. Так, одному из вариантов РДА присущи агрессивные высказывания и действия, и поэтому, действительно, показаны нейролептические препараты. Но нередко агрессия аутичного ребенка обусловлена психогенно, как третичное образование - реакция на обиду, ущемление, как попытка самоутверждения

в ответ на чувство собственной неполноценности. Назначение нейролептиков здесь малоэффективно. Гораздо результативнее применение транквилизаторов, а еще более - психотерапии. Это относится и к склонности к аутоагрессии - самоповреждениям, в части наших наблюдений также обусловленным психогенно.

Сходный механизм возникает при изменениях поведения, обозначаемого нами как «псевдопсихопатоподобное». Уменьшение в процессе психотерапии и медикаментозного лечения, скрывавших ранее ребенка, тревог и страхов высвобождает его активности, возможность эмоционального, личностного реагирования и сначала нередко приобретает гипертрофированные формы негативистичности, неуправляемости. Неумелое стремление к контактам проявляется в неестественных импульсивных поступках, внешне похожих на агрессию. «Глушение» этих состояний нейролептиками, естественно, ошибочно. Здесь эффективна лишь психолого-педагогическая коррекция поведения.

Есть и более частные ситуации, когда ради максимального сохранения эмоциональной активности ребенка целесообразно снижение доз и даже снятие медикамента. Так, в периоде внедрения «холдинг»-психо-терапии, эффективность которой зависит от первоначального сохранения высокого уровня эмоционального напряжения резкому психическому и физическому расслаблению, - целесообразно временно прекратить седативную терапию.

Очень важным фактором, требующим постоянного учета, является роль «почвы» или «фона», на котором развивается РДА. Прежде всего, речь идет об органической недостаточности ЦНС. Эта «почва» часто вносит выраженность экстрапирамидных побочных действий при лечении нейролептиками, часто - уже с самого начала лечения, при малых дозах препарата. Очевидно, здесь имеется сумма органически обусловленных побочных действий препарата с вероятной (судя по особенностям моторной сферы) экстрапирамидной недостаточностью, свойственной самому РДА.

Побочные действия транквилизаторов проявляются, как известно, в виде мышечной и психической релаксации. И здесь происходит неблагоприятная сумма расслабления, вызванного как препаратом, так и свойственным самому аутизму низким общим и психически тонусом.

Побочные действия, вызываемые при органической недостаточности ЦНС психостимуляторами, нередко проявляются в эпилептиформных припадках.

Как указывалось выше, нозологического лечения самого синдрома РДА практически не существует. Тем не менее специфическое воздействие на органическое заболевание ЦНС, хромосомную патологию, врожденные нарушения обмена, породившие РДА, имеют большее или меньшее значение для улучшения общего и психического состояния больного. В этих случаях лечение психотропными препаратами комбинируется по конкретным показаниям с дегидратационной, антисудорожной общенейротропной терапией, применением больших доз витаминов, специальной диетой при некоторых энзимопатиях.

Фактор «почвы» касается и соматических особенностей аутистичного ребенка. Ряд признаков позволяет предположить, что раннему детскому аутизму присущ свой соматический облик в плане как конституциональных физиологических особенностей, так и врожденной склонности к недостаточности ряда систем. Значительная часть аутичных детей имеет астеническое телосложение, бледность кожных покровов, пониженный тургор мышц и кожи, общую гипотрофичность. Многим свойственна склонность к аллергическим реакциям, в том числе лекарственным. Нередка общая задержка в физическом развитии. Слабость и извращенность аппетита, парадоксальные реакции на определенные медикаменты, «необъяснимые» желудочно-кишечные расстройства и др. достаточно часто позволяют заподозрить ферментативную недостаточность неясного характера и происхождения. Это не только требует повышенной осторожности в выборе психотропных средств, но и поисков в каждом отдельном случае адекватной соматотропной терапии ферментосодержащими, антигистаминными препаратами, а также и поддерживающего общеукрепляющего лечения. Однако нужно иметь в виду, что под дистимическими расстройствами настроения, трактуемыми как следствие соматической астении, нередко маскируется депрессия, развивающаяся в процессе лечения нейролептиками фенотиазинового ряда.

Учитывая частую гипотрофию, общую задержку физического развития, во избежание передозировки следует также помнить об ориентации дозы препарата не на календарный возраст, а фактический вес тела ребенка.

Учет приведенных соматических особенностей аутичного ребенка нередко оправданно сужает круг применяемых медикаментов. Неблагополучие сомато-неврологической почвы увеличивает возможность побочных действий и осложнений психотропных препаратов, суммирует их неблагоприятные действия. Поэтому одновременный набор психотропных средств не должен быть большим.

Следует также помнить, что вследствие повышенной сенсоаффективной чувствительности, в том числе проприоцептивной, аутичный ребенок нередко субъективно более чувствителен к неприятным ощущениям, вносимым побочным действием нейролептиков и антидепрессантов (сухость во рту, сомнолентность и др.).

Адресация медикаментозной терапии к коррекции дизонтогенеза, направленность на максимальную реализацию потенциальных интеллектуальных возможностей ребенка делает особенно актуальным выбор препаратов, в наименьшей мере обладающих тормозящим действием на познавательные процессы. Это относится как к нейролептикам, так и (в меньшей мере) к транквилизаторам, вследствие их релаксирующего действия.

Но нередко бывает, что препарат, дающий достаточно выраженные побочные действия, в то же время оказывается наиболее эффективным. В этих случаях особенно важна подборка минимальных эффективных доз препарата и увеличение дозы корректора.

Все сказанное выше делает особенно актуальной задачу индивидуализации терапии при РДА, неприемлемость стандартных схем и методик лечения. В связи с этим нужно отметить, что применяемая нами система психолого-педагогической коррекции, опирающаяся на выделение 4-х клинико-психологических вариантов (типов) РДА, позволяет больше «типологизировать» психолого-педагогический подход, чем медикаментозную терапию, которая должна учитывать именно индивидуальные параметры неврологического и соматического статуса

ребенка.

Лабильность не только психосоматического статуса аутичного ребенка, необходимость частых коррективов в лечении предъявляет повышение требования к динамике наблюдений аутичного ребенка - обязательны достаточно частые осмотры.

Есть специфика в технологии применения лекарственных препаратов у детей с РДА.

Негативизм к приему лекарств определяет предпочтение препаратов с пролонгированным действием, лекарств в виде капель, сиропов, таблеток, размельченных в сахаре. Большую роль играет распределение препаратов в течение суток. При отсутствии противопоказаний прием нейролептических препаратов, снижающих концентрацию внимания, целесообразно максимально отдалить от времени психолого-педагогических занятий.

Большинство клиницистов придерживаются мнения о курсовом лечении, необходимости перерывов, периодов «отдыха» от медикаментозных нагрузок. Однако подход к РДА как не к болезни, а дизонтогении и тут направляет терапевтическую мысль в сторону необходимости сохранения даже минимально достигнутого продвижения в психическом развитии. Ухудшение работоспособности при снятии стимуляторов дает «откатку» интеллектуальной активности. Возобновление даже небольшой тревожности при перерыве в лечении транквилизаторами актуализирует и вновь закрепляет уже ушедшие было страхи. Возвращение агрессии при снятии нейролептических препаратов способствует новой фиксации привычных ранее форм неправильного поведения. Возникает феномен всплывания прежних патологических явлений. Поэтому мы предпочитаем частичный «отдых»: периодическое снижение дозы препаратов, чередование психотропных и общеукрепляющих средств.

И наконец, нам хотелось бы обратить внимание на нецелесообразность терапии в больничных условиях. Помещение в психиатрический стационар, пугающую обстановку с большим количеством новых взрослых и детей, отрывом от близких, для аутичного ребенка, одержимого страхом перемен, нередко чревато возникновением психических расстройств, регрессом приобретенных навыков. В то же время лечение самого синдрома РДА в настоящее время не включает ни инсулиновой, ни электросудорожной терапии, ни капельных внутривенных влияний, требующих стационарных условий. Поэтому, по нашему мнению, госпитализация аутичного ребенка в психиатрическую больницу показана лишь в двух случаях: 1) возникновение острого психоза; 2) поиск подбора лекарств при неэффективности всех препаратов, использованных ранее. Во всех остальных случаях медикаментозная терапия должна осуществляться в домашних условиях, в привычной обстановке семьи, детского сада, школы.

О РОЛИ РОДИТЕЛЕЙ В ТЕРАПИИ РЕБЕНКА

Поддерживающее лечение РДА может осуществляться врачом только в тесном контакте с родителями ребенка; на них по существу возлагается первичный контроль за динамикой терапии, от них требуется точное соблюдение всех ее условий. Поэтому в подобной беседе, предшествующей началу лечения, врач посвящает родителей во все проблемы, связанные с их ролью.

В этом отношении достаточную сложность представляет установка родителей на лечение вообще. Как известно, РДА является наследственной патологией. Почти в половине наблюдаемых нами семей один из родителей или другой близкий родственник, имеющий отношение к воспитанию ребенка, сами обладают рядом либо явных психических отклонений, либо характерологическими чертами, затрудняющими контакт. В работе с ними часто приходится преодолевать их параноидально отрицательное отношение к лечению, убеждение во вредности лекарств.

Они охотно идут на предложение психолого-педагогической коррекции, часто активно ее добиваются, хотя нередко перекладывают всю коррекционную работу только на специалиста, характеризуя себя «неспособными» к рекомендуемому воспитательному подходу. Долгое время они всячески уклоняются от начала медикаментозной терапии, мотивируя это тормозящим действием лекарств на интеллектуальное развитие ребенка (часть родителей нередко обманывают врача, говоря, что лечат ребенка).

Другие родители считают ребенка больным, но признаки видят лишь в стереотипиях (чаще - двигательных), которые обнаруживают это перед посторонними, либо - в фантазиях ребенка, которые расцениваются ими как причина ухода ребенка от внешнего мира. Такие родители настойчиво «контролируют» лечение и нередко недовольны медленным, по их мнению, уменьшением именно беспокоящей их, но объективно не такой значимой симптоматики.

Третья группа родителей, опасаясь медикаментов, стремится к нетрадиционным методам лечения, что часто приводит к усилению страхов у ребенка (часто после сеансов экстрасенса).

Реже наблюдается небрежность в проведении лечения - в семьях, где ребенок находится на попечении кого-либо из психически неполноценных родителей, достаточно безразлично относящегося к ребенку. Поэтому на врача часто лежит и проблема выбора здорового родственника, которому можно поручить контроль за лечением.

Большое значение имеет совместная работа врача с психологом и педагогом. Лечение назначается не только после врачебного осмотра, но и «диагностического занятия», существенно уточняющего, а иногда - впервые обнаруживающего возможности обучения и воспитания ребенка. В последующем изменения в состоянии ребенка во время психотерапии, психологических и педагогических занятий оцениваются специалистами совместно, после чего в медикаментозное назначение могут вноситься коррективы.

Следует, однако, неукоснительно придерживаться правила, что ни психолог, ни педагог ни в коем случае не должны высказывать родителям собственное мнение об ухудшении психического состояния ребенка, а тем более самим давать какие-либо советы в отношении терапии. Это делает только врач.

Суммируя представленные данные и соображения об общих принципах медикаментозной коррекции РДА, мы еще раз хотели бы подчеркнуть бесспорную необходимость поддерживающей лекарственной терапии. Мы имеем

печальный опыт нескольких наблюдений, когда родители категорически отказывались от лечения. В этих случаях, несмотря на активную психолого-педагогическую коррекцию, не удалось преодолеть массивных аффективных расстройств, и ребенок, даже несмотря на высокий интеллектуальный потенциал, оказывался практически грубо дезадаптированным.

Мы можем высказать еще одно соображение в пользу медикаментозной терапии. За 12 лет существования группы детей, непрерывно

находившихся на терапии, лишь в двух случаях возникла необходимость стационарирования в связи с психотическими приступами. Поэтому, возможно, не самонадеянно предположение, что очень длительная поддерживающая медикаментозная терапия, естественно, совместно с активной психолого-педагогической коррекцией, может быть профилактикой тяжелого обострения и даже психоза.

Но эти оптимистические данные, к сожалению, не абсолютны. Как показывает опыт, при тяжелых формах РДА медикаментозная терапия (так же, как психолого-педагогическая коррекция) оказывается неэффективной. Обычно это случаи синдрома РДА внутри злокачественно текущей шизофрении, прогрессивных органических поражений мозга (туберозный склероз, синдром Ретта и др.).

Проблема терапии РДА далека от достаточно полной разработки. Существует ряд вопросов, не затронутых совсем. Так, в общей психиатрии в последнее десятилетие широко обсуждаются вопросы лекарственного патоморфоза - изменения клинической картины в связи с длительным медикаментозным лечением. В детской психиатрии эта проблема почти не разработана, в том числе и в отношении РДА. Не исключено, что мы объективно имеем мало изменений в психопатологической картине РДА явлений привыкания, либо наоборот сенсibilизации - в связи с большой осторожностью терапии, назначением малых доз. Но этот вопрос нуждается в дальнейшем изучении.

В. Е. Каган

ШАГ ЗА ШАГОМ

Помощь ребенку может быть по-настоящему действенной, когда мы верим в ценность его личности, как бы она ни была своеобразна, принимаем ребенка таким, какой он есть, и делаем все зависящее от нас, чтобы способствовать его развитию. Для семьи это означает:

- обеспечить ребенку постоянную эмоциональную поддержку;
- помогать лучше воспринимать и понимать окружающий мир, находить в нем необходимый порядок и постоянство и благодаря этому получать радость от жизни;
- помогать усвоить основные правила поведения и жизни в обществе, вступать в необходимые отношения с людьми, поддерживать и развивать эти отношения;
- учить использовать в практической жизни приобретаемые сведения и навыки;
- готовить к самостоятельной жизни и работе в той мере, в какой это возможно именно для этого ребенка.

Вероятно, это можно выразить и другими словами. Но суть остается все той же: жить вместе с ребенком, а не рядом; сотрудничать, а не манипулировать; за деревьями борьбы с нежелательными элементами поведения не терять из виду лес потенциальных и резервных возможностей.

ДО ГОДА

Чем младше ребенок, тем труднее найти в его поведении что-то однозначно специфическое. На любое раздражение организм дает целостный и неспецифический ответ. Являются ли особенности поведения и состояния на первом году жизни однозначными симптомами тех или

иных расстройств, картина которых станет отчетливой позже, трудно сказать, поэтому рекомендации для родителей должны быть достаточно осторожны: порой не очень стандартные проявления здоровья, показавшиеся болезненными, лечат с таким усердием, что подрывают самые основы здоровья. Хотя часть симптомов неконтактности действительно может проявляться на первом году, судить об этом с уверенностью, которая диктует использование специальных мер, трудно. Уместнее исходить из того, что в это время закладываются первые небологические основы общения, нуждающиеся в поддержке - особенно, если есть какие-то внушающие опасения признаки.

В российской культуре слово «воспитание» ассоциируется с ограничениями, накладываемыми на ребенка, чтобы из него не выросло «бог весть что». Родители ведут себя так, будто «природа» ребенка - сплошное зло, с которым надо бороться. Поэтому даже прекрасный совет - воспитывать с первого дня жизни - воспринимается как призыв «не баловать ребенка лишним вниманием». Родителям, кажется, что если часто и подолгу держать его на руках, откликаться на первый плач, он привыкнет таким способом привлекать внимание взрослых. По крайней мере, в отношении первых пяти месяцев это не соответствует реальному положению дел. В это время (до 5—7 месяцев) развитие совершается прежде всего как развертывание врожденных программ, требующих максимального комфорта и поддержки. Перелюбить, избаловать еще невозможно, а вот недодать любви и поддержки очень легко.

Ранний телесный контакт матери и новорожденного - обычен в большинстве старых традиций. Осознавать же его значение для развития ребенка и формирования отношений «мать - ребенок» начали лишь во второй половине нашего века. Последние два-три месяца перед рождением плод живет в теплой среде, которую ощущает всем телом, и в которой воспринимает голос матери и звук материнского сердца (уже в первые часы после рождения ребенок безошибочно отличает их от любых имитаций). Быть в тесном телесном контакте с матерью, значит, в

какой-то мере жить, как прежде, быть в комфорте, не испытывать тревоги по отношению к окружающему. Это первый шаг в формировании того, что Э. Эриксон назвал базовым доверием и с чем связывал будущее отношение к миру и людям. Матери это дает возможность быстрее и лучше адаптироваться к материнству и ребенку, становится матерью не только по факту рождения ребенка, но и по эмоциональной связи с ним. В первые полгода жизни потребность младенца в таком контакте очень велика и должна удовлетворяться точно так же, как удовлетворяется потребность в пище, тепле. Рассказать нам об этом сам младенец не может, но многие специальные исследования показывают, что отлучение в этом возрасте от матери плохо сказывается на темпе и качестве развития ребенка, ключевых сторонах его взрослой жизни.

В 2—3 месяца младенец обычно начинает улыбаться при виде человеческого лица. Понятно, что счастливым родителям приятно думать, что малыш узнает их и улыбается им. Однако он будет точно также улыбаться и изображению лица, а не самому лицу. Как бы то ни было, улыбка «заражает» и «заряжает» родителей - они начинают больше разговаривать с малышом, вовлекаясь сами и вовлекая его в очень интересную игру: он улыбается при виде лица и звуках голоса, а улыбка привлекает родителей и вызывает обращенную к нему речь. Майя Ивановна Лисина - автор фундаментальных исследований развития общения у детей - замечала по этому поводу, что родители оценивают как общение то, что общением еще не является, они видят то, чего нет, но именно благодаря этому забеганию вперед они «лепят» общение.

Не у всех детей эти реакции на лицо и голос так ярки, как хотят и ждут родители. Матери неконтактных детей, вспоминая об этом времени, рассказывают о безразличных или отрицательных реакциях на человеческое лицо и голос. Они говорят, что ребенок смотрел куда-то сквозь них, следил за игрой солнечных пятен на стене и не обращал внимания на людей, а то и начинал беспокоиться. У первенца это бывает трудно увидеть и оценить - в этом часто могут помочь те, кто обладает более солидным родительским опытом или специалисты. Что можно сделать? Даже для совершенно благополучных детей советуют не злоупотреблять способными напугать погремушками, а подвешивать на расстоянии 15—20 см от лица ребенка сделанное на картоне схематическое изображение лица человека. В 5—6 месяцев его можно заменить небьющимся зеркалом, в котором малыш сможет видеть свое лицо. Реакции на то и другое у здоровых детей обычно такие же, как на живое человеческое лицо; у безразличных к лицу созерцание изображения помогает заинтересоваться им, улыбнуться в ответ, потянуться к нему. Крайне важно разговаривать с младенцем. Здесь важно даже не содержание, а тон, интонация - что-то теплое, ласковое, о любви к нему. Иногда придется перепробовать не одну манеру разговора, чтобы нащупать ту, на которую младенец лучше реагирует. Если реакции нет - не прекращайте попыток. «Он долго как бы не слышал меня, - рассказывает мать. - Я уже и так, и этак - ноль внимания. Но как-то я вдруг начала напевать свое обращение к нему на мотив одной из песен Окуджавы, которую без конца слушала во время беременности, - и он улыбнулся мне!»

Отрицательные реакции младенца могут быть связаны с тем, что поведение родителей вступает в конфликт с особенностями его темперамента: кажущегося слишком спокойным и вялым пытаются всеми способами растормошить, подвижного и беспокойного - ограничить. Маленьким обломовым и штольцам это не приносит ничего, кроме дискомфорта, которого они начинают избегать, как умеют. Чтобы не допустить этого, можно рекомендовать «зондирующее» поведение, помогающее мягко согласовать стремления родителей и ритмику поведения малыша.

В ходе таких поисков мы помогаем и ребенку, и себе. Мы учимся принимать ребенка таким, какой он есть, прислушиваться к тому, что он сообщает своим поведением, прежде чем что-то делать.

В 7—8 мес. родителей может тревожить необычное поведение ребенка при попытке взять его на руки: не тянется, не льнет ко взрослому, не смотрит в лицо, ударяет или кусает. Изменить это, щадя ребенка и не беря его на руки вообще или, наоборот, тренируя и не спуская с рук - обычно не удается. В первом случае ребенку не хватает внешних раздражителей, во втором их так много, что ему с ними не справиться. Прежде всего имеет смысл попытаться понять - нет ли каких-то причин для такого поведения: мать сменила духи или крем, надела что-то пахнущее антимолеом и т. д. Если подобных причин нет, то можно прибегнуть к методу сопровождения - создавать приятный фон для ваших действий (музыка, песенка).

Что делать, если малыш поднимает крик при каждом включении пылесоса, стиральной машины, электродрели? Этим звукам можно сопровождать, но иногда таким аккомпанементом может быть взятие на руки, поглаживание. Можно воспользоваться методом десенсибилизации (снижения чувствительности): переходить от звуков приятных к безразличным и лишь затем - раздражающим; это очень постепенный процесс. Его можно сочетать с сопровождением: сопровождая жужжанием вентилятора, затем жужжанием и аккомпанементом - звуку фена и т. д., постепенно увеличивая силу раздражителя. Здесь открывается широкий простор для творчества родителей, которое, однако, не должно стать самоцелью.

Наиболее изнурительны для семьи нарушения ритмов сна - бодрствования. Днем еще как-то удается справиться с беспокойным поведением, но ночь становится пыткой. Некоторым детям нужны особые условия сна (свет, освобождение от пеленок или наоборот, более мягкая или жесткая постель ...); других беспокоят ставшие привычными и незаметными для родителей звуки за окном, в водопроводной системе или слышимые от соседей; третьим нужно изменить рацион или режим кормления. Когда ничего не помогает, мы можем вспомнить о существовании врачей. Если и им не удастся отрегулировать сон, остается лишь одно - научиться переживать это с как можно меньшими потерями для взрослых, пока не удастся отладить сон. Самостоятельное использование лекарств трудно посоветовать: они могут у этого ребенка или в этом возрасте давать побочные эффекты. Никаких «гарантированных» способов не существует, все дело в - терпении и поиске.

В конце концов, лишь дальнейшее развитие покажет - были ли опасения на первом году обоснованными. Но отношение к ребенку, ориентированное на помощь и поддержку развития основ общения, способно быть тем первым небологическим лечением предпосылок неконтактности, от которого в немалой мере зависит последующее

развитие общения.

ОТ ГОДА ДО СЕМИ

Начинается второй год жизни, когда развитие здоровых детей очень демонстративно - сам пошел, пытается говорить фразами, усложняются игры ... То, что раньше казалось мелочью или оставалось незамеченным, теперь начинает обращать на себя внимание и тревожить все больше, хотя совсем не всегда легко рассказать - что же именно в ребенке

не так, не то. Возникают первые мысли об обращении к врачу, но суеверный страх еще удерживает - что скажут люди? А может быть - все образуется? Да и душа еще не мирится, не хочет знать. А время идет и к 2—3 годам уже ясно, что без врача не обойтись.

Семья вступила в период самый сложный и решающий. Психика и личность еще только формируются. Они необычайно гибки и чувствительны, и сравнительно небольшие усилия могут приносить поразительные результаты. После 7-8 лет ситуация меняется - уже так или иначе сформировано психологическое ядро личности, способность мозга и психики к компенсации и изменению становится меньше. Значит, сейчас самое время действовать.

ОБЩЕНИЕ ИЛИ ОБРАЩЕНИЕ?

Неконтактность создает вызывающий растерянность барьер для общения. Она совсем не то молчание, которое подчас красноречивее всяких слов. Попытки общения с неконтактным ребенком часто оставляют впечатление разговора с куклой, которая никак не реагирует на человека. Обычные вопросы родителей: «Что мне с ним делать? Как себя вести? Как с ним обращаться?» Психиатр может дать такие советы. Он может рассказать, «что делать, когда ...» и «что делать, чтобы ...» Но даже самое прилежное выполнение этих рекомендаций похоже на выполнение любых других лечебных назначений тем, что сами рекомендации лежат за пределами общения и не приносят родителям как раз того, чего очень не хватает.

Общение с ребенком и обращение с ним - это не пустая игра словами. Мартин Бубер очень точно писал о диалогах «Я—Ты» и «Я— Оно». Диалог «Я—Ты» - это общение субъекта с субъектом, общение двух «Я» с их переживаниями, внутренним миром, проблемами. Диалог «Я—Оно» - это общение субъекта с объектом, общение «Я» с его миром переживаний (субъект) и «Оно» с его характерными чертами и закономерностями (объект). Ни один из них не лучше и не хуже другого. В любом человеческом взаимодействии они тесно переплетаются. Родители не рассуждают о философии и психологии общения, а интуитивно знают - когда действовать так и когда этак. Да и различия общения и обращения скорее внутренние, чем внешние. Погладить ребенка, зная, что поглаживание вызывает какой-то эффект, и стремясь этого эффекта достичь, - это обращение с ребенком. Сделать то же, но выражая этим свое отношение и принимая отношение ответное, - это общение. Обращение сосредоточено на результате, и общение для него - лишь средство, инструмент - с таких позиций писал свои книги Дейл Карнеги. Общение же сосредоточено на процессе взаимодействия и ценно само по себе. Переход от обращения к общению можно представить так: взаимодействие - взаимодействие - взаимодействие - бытие вместе - диалог как обмен переживаниями, значениями и смыслами.

Неконтактность как бы своей сутью побуждает к обращению, манипуляциям. Было предложено много методов манипулирования поведением неконтактных детей. Предлагалось, например, «наказывать» слабым, но достаточно болезненным электрическим разрядом за проявления особо нежелательного поведения - разрабатывались специальные игрушки и даже предлагалось сделать пол чем-то вроде электрической панели, включаемой наблюдателем. Даже понимая, что это «методы отчаяния», их невозможно принять как лечебные - уж слишком помогающий человек похож на надсмотрщика с дубиной. Противоположные методы строились уже на «положительном подкреплении» и кажутся более приемлемыми: трудность их применения у неконтактных детей связана с тем, что иногда приходится во имя прогресса в одной области подкреплять симптомы в другой. Единственное, что определенно любил один из моих пациентов, это задумчиво-завороженное кружение под старинную клавесинную музыку, родители использовали это как поощрение, пытались научить его умываться - через неделю он умывался помногу раз в день и приходил к маме, чтобы она включила проигрыватель.

И все-таки полностью избежать обращения, манипулирования невозможно. Да это и не нужно, так как многие манипулятивные методы эффективны. Но принципиально важно, чтобы жизнь с ребенком строилась как общение. Лишь в исключительно редких случаях неконтактность бывает абсолютной, полной, закрывающей все возможности общения. Конечно, это всего лишь приоткрытая, а не настежь распахнутая дверь в душу ребенка, но она есть!

Воспользоваться ею - нелегкая задача, требующая от родителей немалых гибкости, терпения и импровизации. Она вознаграждается тем, что при налаживании возможного общения с ребенком мы создаем более широкие возможности для лечебного обращения с теми или иными нарушениями. Блестящий пример общения с совершенно неконтактными детьми - музыкотерапия по Нордоффу - Роббинсу, которой благодаря усилиям Алана Витенберга начинают все шире пользоваться работающие в Санкт-Петербурге специалисты.

Общение с ребенком и включаемые в общение методы управления поведением невозможно свести к одним только техническим приемам. Ни один прием, даже тщательнейшим образом отработанный, не будет эффективным сам по себе, вне общей системы помощи ребенку. Тело такой системы - приемы, методики, техники работы с ребенком (обращение), но душа системы - общение, движимое любовью - любовь, выражающая себя в общении с ребенком. Один из демонстративных примеров соединения общения и обращения ... холдинг-терапия.

ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ АУТИЧНЫХ ДЕТЕЙ

Рубеж перехода к школьному возрасту является критическим периодом для каждой семьи, воспитывающем ребенка с нарушением психического развития. Пойдет ли ребенок в школу, удержится ли в ней, продолжится ли коррекционная работа с ним, сохранится ли надежда на улучшение его социальной адаптации в будущем?

Для семьи, воспитывающей ребенка с аутизмом, такие вопросы часто возникают вне зависимости от формального уровня интеллектуального развития ребенка, вне зависимости от сформированности его направленности быть учеником, ходить «как все» в школу, от возможного владения некоторыми учебными навыками. Трудности контакта со взрослыми и, особенно, со сверстниками, адаптации к новым условиям, произвольной организации внимания, усвоения социально правильных форм поведения и, наоборот, обилие странных для всех реакций, действий, дезорганизующих поведение других детей, часто ставят под вопрос возможность пребывания такого ребенка в школе.

Такие проблемы встают перед семьями примерно двадцати из каждых 10 тысяч детей. Именно такова частота проявления детского аутизма и сходных с ним нарушений психического развития - случаев, требующих единого образовательного подхода в обучении и воспитании.

Детский аутизм - это особое нарушение психического развития. Наиболее ярким его проявлением является нарушение развития социального взаимодействия, коммуникации с другими людьми, что не может быть объяснено просто сниженным уровнем когнитивного развития ребенка. Другая характерная особенность - стереотипность в поведении, проявляющаяся в стремлении сохранить постоянные привычные условия жизни, сопротивлении малейшим попыткам изменить что-либо в окружающем, в собственных стереотипных интересах и стереотипных действиях ребенка, в пристрастии его к одним и тем же объектам.

Это первазивное нарушение психического развития, т. е. нарушение, которое захватывает все стороны психики - сенсомоторную, перцептивную, речевую, интеллектуальную, эмоциональную сферы. Психическое развитие при этом не просто нарушается или задерживается, оно искажается. Меняется сам стиль организации отношений с миром, его познания. При этом характерно, что наибольшие трудности такого ребенка связаны даже не с самим усвоением знаний и умений (хотя и это достаточно трудно для многих аутичных детей), а с их практическим использованием, причем наиболее беспомощным он показывает себя именно во взаимодействии с людьми. Помочь такому ребенку, действительно, трудно.

Детский аутизм при общем типе нарушения развития внешне принимает очень разные формы. Он включает и глубоко дезадаптированного безречевого ребенка с низким уровнем умственного развития и детей с блестящей «взрослой» речью и ранним интересом к отвлеченным областям знания, избирательной одаренностью. И те и другие, однако, нуждаются в специальной педагогической и психологической помощи. Значение особенностей аутичных детей поможет учителю включить их в педагогический процесс.

Рассмотрим, что чаще всего ждет аутичного ребенка в существующей системе образования. В отдельных, наиболее тяжелых случаях, связанных с глубоким нарушением умственного развития, такой ребенок сразу признается ПМПК необучаемым и семья остается практически без помощи педагогов и психологов на все оставшееся время взросления ребенка.

В то же время опыт экспериментальной работы показывает, что даже в этих, самых тяжелых случаях при создании адекватных условий обучение ребенка возможно. Он может освоить ранее недоступные ему способы коммуникации с другими людьми, стать более адаптированным в быту, овладеть отдельными учебными приемами.

Известно, что с возрастом такой ребенок может спонтанно становиться менее аутистически отгороженным, более направленным на социальную жизнь. Таким образом, даже в том случае, если первые попытки начать обучение были неудачными, их необходимо повторять спустя некоторое время снова и снова.

Иногда подобные дети получают рекомендацию обучаться индивидуально в условиях дома по программе массовой или вспомогательной школы. В этих случаях, однако, ребенок редко получает действительно индивидуально подобранную программу коррекционного обучения. Педагоги массовой и даже специальных школ, к сожалению, как правило, не знакомы с особыми нуждами аутичных детей. Не ставятся задачи помощи ребенку в развитии его бытовой адаптации к домашней жизни, практических навыков коммуникации, в социальном развитии. Обычно педагоги просто формально курируют обучение по общим образовательным программам, основная тяжесть которого ложится на родителей, и не задаются вопросом, будут ли когда-нибудь усвоенные ребенком знания использованы им в реальной жизни.

Кроме того, аутичный ребенок оказывается в этих условиях в ситуациях искусственной изоляции, дополнительно ограничивающей его возможности социального развития. Он не видит других детей, других образцов социального поведения, перед ним встают реальные задачи усложнения взаимодействия с миром и людьми. Надо отметить, что, как правило, он прекрасно различает ситуации реальной насущной необходимости и искусственно организованной тренировки, и научение идет результативнее в первом случае.

Третьим вариантом является возможность помещения аутичного ребенка в класс обычной массовой или специальной школы, где, опять же, условия обучения специально не приспособлены для него. Это не только затрудняет обучение, но и создает массу поведенческих проблем. Очень скоро особенности такого ребенка могут привести к решению педагогического коллектива о выведении его на индивидуальное обучение. Педагоги при этом должны знать, что часто они наносят этим травму. Аутичный ребенок испытывает огромные трудности в организации социальных контактов, но он испытывает и потребность в них. Потеря социального статуса «ученика» переживается им болезненно. Полученный отрицательный опыт затрудняет будущие попытки социальной

адаптации.

Возможны, однако, и случаи, когда аутичный ребенок продолжает посещать школу и обучается в классе весь период начального и даже все время обучения в школе. К сожалению, мы вынуждены констатировать, что включение его в жизнь школы чаще носит механистический характер. Он может усвоить общие стереотипы правильного поведения и, научаясь не мешать другим, существует рядом с ними. Лаконично, но формально правильно отвечает на вопросы учителя, может даже накапливать большие знания в отдельных областях. Знает имена учителей, соучеников, но не обращается сам к другим людям, не принимает участия в реальной жизни класса. Словом, без дополнительных педагогических усилий он не осваивает более сложные, более гибкие формы отношений с другими людьми. Даже хорошие педагоги обычно не знают, что такой внешне отстраненный от всего ребенок на самом деле нуждается в контактах со взрослыми и сверстниками, и при адекватной работе он может больше понять в окружающем и может участвовать в жизни школы менее механистично.

При отсутствии адекватной работы с классом такой ребенок в подростковом возрасте часто проходит период отчуждения со стороны своих более благополучных одноклассников. Они могут получать удовольствие, провоцируя его на неправильное поведение. Социальная наивность такого ребенка делает его удобным объектом для таких «развлечений». Только страстная тяга учиться, быть вместе с другими позволяет ему в это время продолжать ходить в школу.

Особым случаем является ситуация одаренного аутичного ребенка. Довольно часто аутичный ребенок с высоким интеллектом не попадает в поле зрения ПМПК, более того, он легко проходит отборочные комиссии в престижные лицеи, частные гимназии. Он подкупает своих будущих учителей своей нестандартностью, одаренностью, которая может проявиться в области технического конструирования или в математике, музыке, рисовании, освоении иностранных языков. Их ожидания, как правило, очень скоро перестают оправдывать себя. Кроме трудностей организации поведения выясняется, что такой ребенок предпочитает учиться сам с собственной логикой и тому, чего он хочет, вне системы внедряемой передовой педагогической технологией. Трудности организации взаимодействия воспринимаются с раздражением, и семья часто получает отказ с формулировкой - «ваш ребенок не отвечает концепции нашей школы».

Эти случаи вызывают особое сожаление, потому что одаренность такого ребенка при терпеливой работе действительно может служить основой для развития его социальных навыков. Кроме того, они показывают, насколько даже наши лучшие педагоги направлены по преимуществу на то, чтобы наилучшим образом дать знания, насколько даже для них не существует общего контекста введения ребенка в жизнь.

Особенности психического развития ребенка с аутизмом определяют необходимость создания специальных форм организации его школьного обучения. Безусловно, для таких детей необходимо создать особый тип школы со своей программой психолого-педагогической коррекционной работы, соответствующей их особым нуждам, где сама организация среды, взаимодействия педагога и ребенка позволят максимально использовать, развить его способности к обучению и социальной адаптации.

Организация таких школ, как мы надеемся, является делом недалекого будущего. Вместе с тем уже сейчас педагоги школ, где учатся такие дети, учитывая их проблемы, характер трудностей, могут помочь им и в обучении, и в организации социально адекватных форм поведения, контактов со сверстниками. Сохранить такого ребенка в школе, создать для него более адекватные условия обучения - это значит сохранить его стремление к жизни вместе с другими людьми, надежду семьи на будущее ребенка.

Аутичному ребенку жизненно необходимы социальные контакты с другими людьми, с нормальными сверстниками. Но мы должны отметить, что это не односторонняя нужда. Точно также и «здоровые» дети для своего нормального психического и социального развития нуждаются в контактах с другими. Организация помощи ребенку с особыми нуждами позволяет педагогу создать здоровую нравственную атмосферу жизни класса.

Остановимся на особенностях педагогического подхода к аутичному ребенку. Попробуем определить, как лучше провести его педагогическое обследование; как организовать его жизнь в школе; определить задачи, методы, содержание обучения; наладить специальную работу по социализации, усложнению и активизации его контактов с миром, организации взаимодействия с другими детьми.

Мы надеемся, что учет этих особенностей может способствовать составлению и реализации индивидуальной коррекционной педагогической программы для аутичного ребенка, обучающегося в условиях массовой, речевой или вспомогательной школы.

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

Трудности обследования аутичного ребенка связаны не только с трудностями установления эмоционального контакта, с частой невозможностью произвольно сосредоточить ребенка на задании. Нарушение психического развития определяет неоднородность, неоднозначность всех проявлений такого ребенка. Ловкий в своих движениях, он тут же проявляет крайнюю неуклюжесть в выполнении заданий, чисто произнеся длинную «глубокомысленную» фразу, он тут же затрудняется ответить на простейший вопрос, легко решая сам зрительно-пространственные задачи, он не понимает, как провести поля в тетради. Часто кажется, что такой ребенок просто не хочет контактировать с учителем. Все это, безусловно, затрудняет педагогическую оценку его уровня знаний и умений, способности к обучению. Причем возможны как недооценка, так и переоценка возможностей ребенка. И в том и в другом случае это вредно для него.

Мы получим более адекватное представление о ребенке, если организуем ситуацию обследования более гибко, чем обычно. Учитывая его трудности в установлении контакта, неразвитость средств коммуникации, страх новой ситуации, незнакомого человека, мы должны, если это необходимо, разрешить родителям присутствовать при

обследовании, просить их для начала работы принести знакомые для ребенка пособия, внешне представить обследование как привычную ситуацию, возможно, как поход «в гости». Надо не торопиться с прямым обращением к ребенку, дать ему время освоиться, проявить собственную инициативу в контакте.

Учитывая трудности произвольной организации ребенка, трудности взаимодействия с ним: нестойкость объединения внимания на общем со взрослым объекте, неспособность к гибкому диалогу (речевому и действенному); жесткость, ригидность всей его линии поведения, желательность найти индивидуально необходимое именно этому ребенку сочетание прямых, произвольных и опосредованных способов организации. Прямое обращение учителя, вербальная инструкция должны вводиться очень осторожно, особенно в начале обследования. Большой упор должен делаться на опосредованную организацию ребенка с помощью среды, когда сама структура пространства, инструмент, игрушка провоцируют его на выполнение задания.

Прежде всего мы обычно даем ребенку возможность проявить себя в ситуации, хорошо организованной зрительным полем, - в невербальных задачах дополнения, соотнесения, сортировки, конструирования, в них такой ребенок может иметь успех. Подключившись к этой деятельности, педагог может оценить способность ребенка подражать, использовать подсказку, принимать другие виды помощи, устанавливать вербальное взаимодействие, произвольно выполнять указания учителя.

В случае обследования аутичного ребенка с хорошо развитой речью, особой интеллектуальной направленностью такую непроизвольно структурирующую взаимодействие роль могут играть стереотипные интересы самого ребенка. Педагог часто сталкивается со стереотипной одержимостью ребенка определенной темой (это может быть схема линий метро, или устройство бытового электроприбора, или раздел ботаники), когда он, «оседлав своего конька», не учитывая интересы собеседника, снова и снова возвращается к ней, проговаривает одно и то же, радуется одному и тому же, задает одни и те же вопросы, ждет одних и тех же ответов.

Используя стереотипный интерес для объединения внимания с ребенком, педагог может постепенно подойти к изучению возможности усложнения взаимодействия. В этих случаях важна как оценка самого интеллектуального уровня стереотипного интереса ребенка, накопленных им в русле этого интереса знаний, так и оценка заинтересованности в собеседнике, возможности учета его реакций, восприятия новой информации - возможности организации диалога.

Для адекватной оценки возможностей ребенка необходимо четко различать его достижения в спонтанных проявлениях, стереотипных интересах и результатах, полученных при попытке произвольной организации такого ребенка, в его действиях по просьбе учителя. Результаты могут чрезвычайно различаться. Моторно ловкий в своих спонтанных движениях, такой ребенок может испытывать чрезвычайные трудности в повторении движения по просьбе; спонтанно чисто произнеся фразу, он может продемонстрировать смазанную, аграмматичную речь при необходимости ответить на поставленный вопрос. Дело не в том, что он не хочет, он действительно не может повторить свои движения произвольно.

Результаты, полученные в ситуации произвольной организации, отражают существующие в настоящее время возможности обучения, социальной организации ребенка. Достижения ребенка в его спонтанной деятельности, в русле его стереотипных интересов дают нам информацию о возможных направлениях коррекционной работы.

Сложность оценки коррекционной работы с аутичным ребенком заключается еще и в том, что он с трудом переносит выработанный навык в другую ситуацию, во взаимодействие с другим человеком. Он не может самостоятельно и свободно использовать свои знания и умения в реальной жизни. С одной стороны, это значит, что, отработав какой-то навык в условиях школы, педагог должен проследить, как он переносится в другие условия, и при необходимости провести дополнительную работу дома. С другой стороны, педагог должен внимательно отнестись к информации родителей о том, к чему ребенок способен в домашних условиях, и, по возможности, организовать специальную работу по перенесению полезных умений ребенка в ситуацию школы.

ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ОРИЕНТИРОВКА АУТИЧНОГО РЕБЕНКА В ШКОЛЕ

Трудности аутичного ребенка в произвольной организации себя в пространстве и времени, трудность активного диалога с миром, невозможность уверенно чувствовать себя в ситуации, развитие которой непредсказуемо, - все это делает необходимым специальную работу по организации его жизни в школе. Необходимо помочь ребенку в создании устойчивого адекватного стереотипа школьного поведения.

Во-первых, это касается помощи в освоении пространства школы. Растерянность, тревога ребенка уменьшается, если он четко усвоит свое основное место занятий, и что он должен делать во всех других местах школы, где он бывает. Как правило, для этого нужна специальная терпеливая работа. В некоторых случаях возможно использование схемы, плана школы. Сохранение постоянства в пространственной организации жизни ребенка в школе поможет избежать многих поведенческих проблем.

Во-вторых, такому ребенку необходима помощь в организации себя во времени. Ему необходимо усвоение особенно четкого и стабильного расписания каждого текущего школьного дня с его конкретным порядком переключения от одного занятия к другому, приходом в школу и уходом домой, порядком этих дней в школьной неделе, ритм рабочих дней и каникул, праздников в течение школьного года.

Планируя занятия такого ребенка, необходимо помнить о его высокой психической пресыщаемости, легком физическом истощении. Поэтому для него важно организовать индивидуальный адаптированный ритм занятий, возможность своевременного переключения и отдыха. Это можно сделать даже в условиях работы в классе, спланировав для такого ребенка возможность временно выйти из общего ритма и прослушать с помощью плеера определенный текст, музыкальный отрывок, а затем вернуться к общим занятиям.

Чем глубже аутистическая дезадаптация ребенка, тем более развернутой должна быть помощь в освоении этих расписаний, тем детальнее должны быть они проработаны, тем конкретнее, нагляднее должны быть их формы. И во всех случаях это должно лично адресоваться ребенку, присутствовать в его дневнике, отдельной записной книжке или висеть на стене рядом с партой ребенка, состоять из понятных ему обозначений - рисунков, фотографий или надписей.

Необходимо учесть, что такого ребенка надо учить, как использовать расписание. В результате такой работы может значительно улучшиться самоорганизация, уменьшиться «поведенческие» проблемы, связанные с импульсивностью, отвлекаемостью, трудностью переключения. Новые занятия, вводимые как дополнение, развитие устойчивого порядка расписания легче воспримутся таким ребенком, обычно отвергающим любые попытки перемен.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

Трудности произвольного сосредоточения, концентрации внимания на совместной деятельности, подражания определяют особую тактику в организации самого процесса обучения. В произвольно организованной ситуации такому ребенку трудно все: он моторно неловок, не схватывает схему движения по показу, с трудом усваивает последовательность необходимых действий, «не видит» рабочего пространства страницы, не может распределить, скоординировать свои движения в нем. Он старается отвечать как можно более свернуто, эхολалично, так, чтобы только обозначить ответ, теряет сообразительность даже в тех областях, где самостоятельно действует успешно. Такой ребенок практически неспособен преодолевать трудности. Малейший сбой может спровоцировать его отказаться от дальнейших попыток работы.

С одной стороны, здесь, как и в работе с маленьким ребенком, с дошкольником очень важно максимально использовать возможность произвольного обучения, усвоения новой информации, новых умений в необязательной ситуации, в игровой форме, когда образец нового умения, новая речевая форма, новое знание даются ребенку точно в тот самый необходимый момент, когда он нуждается в нем. В этом случае ребенок чаще получает возможность самостоятельно использовать усвоенное, может переносить навык в другой контекст.

Конечно, в основном такая работа должна организовываться дома, в ситуации внеклассных контактов с ребенком, и ее приемам должны обучаться прежде всего его близкие, те, кто все время находится рядом с ним. В то же время ее доля может быть велика и в школе, не только на перемене, но и в классе. Особенно это касается обучения навыкам социального поведения, коммуникации со сверстниками и взрослыми: отработка возможности обратиться с просьбой, задать вопрос, самому ответить на приветствие, обращение.

С другой стороны, необходима упорная работа по развитию возможности произвольной организации такого ребенка. Мы знаем, что вне произвольной организации невозможно формальное развитие высших психических функций человека. Вопрос, насколько мы научим аутичного ребенка собственно учиться, является вопросом, насколько мы сможем преодолеть искажение его психического развития. Для того, чтобы аутичный ребенок получил возможность постепенно освоить ситуацию обучения, она должна быть максимально структурирована.

С ребенком (с помощью расписания) должна быть специально проработана последовательность подготовки к учебному дню, к уроку, если необходимо, составлена наглядная схема организации рабочего пространства, набора необходимых учебных материалов, последовательность подготовительных действий.

В самом обучении, так же как и в ситуации обследования, важно дозировать применение вербальной инструкции и максимально использовать опосредованную организацию ребенка структурированным пространством: разметкой парты, страницы, наглядным указанием направления движения, включением в задание моментов, когда сам учебный материал организует действия ребенка - завершение уже начатого действия, дополнение недостающей детали, сортировка по образцу и т. п. Последовательность операций тоже должна быть представлена ребенку наглядно.

В связи с трудностью подражания, переформулировки на себя схемы действия (предлагаемого ребенку по показу) большое значение в обучении приобретает непосредственная физическая помощь в организации действия: взрослый начинает работать руками ребенка. Постепенно, с усвоением схемы действия физическая помощь уменьшается и увеличивается роль вербальной регуляции.

Для нормального ребенка или ребенка с простым отставанием в умственном развитии возможен и даже плодотворен путь освоения сначала отдельных элементов отработываемого умения и последующее соединение их в целое осмысленное действие. Так, к навыку чтения педагог ведет ребенка через освоение букв, работу со слогами, достижение возможности складывать слоги в слова, слова в фразы. Писать ребенок обучается, освоив написание отдельных элементов букв и только затем - самих букв, слов и фраз. Для ребенка с аутистическим развитием такой путь может оказаться непродуктивным. Для него проще путь не от части к целому, а от целого к проработке его частей.

Это характерный для него путь развития. Конечно, в норме существуют и дети, для которых в познании мира в большей степени характерно движение от части к синтезу целого, и дети, идущие от целого образа к его частности. Аутичный ребенок представляет здесь патологически крайний вариант. Например, когда такой ребенок в раннем возрасте начинает усваивать речь, он схватывает ее целыми блоками и долго использует их не меняя, в том виде, в котором получил. Он может просить есть или отказываться идти гулять с помощью цитат из какого-нибудь детского стихотворения.

Если же он освоит сначала буквы или слоги, то в тексте будет стереотипно выделять только их. Разрушить эту ригидную установку и привлечь его внимание к слову будет очень трудно. Точно так же ребенок может легко усвоить порядковый счет, ряд музыкальной гаммы, но нарушить этот ряд и навсегда усвоенный порядок и перейти к

счетным операциям, проигрыванию музыкальной мелодии ему будет очень трудно.

Таким образом, необходимо учитывать, что когда мы учим чему-нибудь аутичного ребенка, мы должны сразу, без промежуточных этапов дать ему образец, готовый к использованию: идти к чтению через отработку глобального узнавания простых слов, к письму через освоение сразу написания целых букв и слов; обучать арифметике, сразу начиная с простейших счетных операций.

Остановимся специально на беспособности аутичного ребенка преодолевать трудности: при малейшем затруднении, неуверенности в успехе он отказывается от работы. Неудача может спровоцировать возникновение поведенческих проблем - углубление аутизма, проявление негативизма, агрессии, самоагрессии. Мы предлагаем здесь следующий педагогический прием: сначала педагог помогает ребенку выполнить новое задание и создает у него впечатление успеха, убеждение, что это он уже может делать. Лишь после этого начинается собственно работа обучения новому навыку, но представляется она как совершенствование того, что ребенок уже может делать.

СМЫСЛОВОЕ СТРУКТУРИРОВАНИЕ ЖИЗНИ РЕБЕНКА В ШКОЛЕ

Следующий важный момент, который мы обязаны учесть, работая с аутичным ребенком, - это его трудности в понимании смысла, всего происходящего вокруг него. Это далеко не просто дефект его интеллектуального развития. Причины лежат глубже, скорее, мы имеем здесь дело с нарушением развития базальных аффективных механизмов, организующих его ориентировку в окружающем мире, активную, гибкую адаптацию в нем. Это нарушение развития механизмов базальной аффективной сферы может препятствовать развитию способности познавать мир, реализации его интеллектуальных возможностей. И даже формально интеллектуально нормальный аутичный ребенок должен специально учиться тому, что обычным и даже большинству умственно отсталых детей дается «даром».

Во всех тестах, оценивающих его психическое развитие, аутичный ребенок показывает наихудшие результаты именно в заданиях, оценивающих понимание им социальных смыслов. Понятно, что такие дети демонстрируют низкую компетентность в тестах на социальную осведомленность, ведь они живут изолированно и не участвуют в общей жизни. Но тесты подтверждают, что дело обстоит сложнее и такие дети действительно затрудняются в понимании самых простых жизненных смыслов.

Аутичный ребенок может достичь даже большего успеха, чем его нормальный сверстник, например в составлении бессмысленного геометрического узора. Но нормальный ребенок тут же получает преимущество, если предлагаемая ему картинка становится осмысленной, -начинает изображать «кошечку» или «корову». Введение смысла в задание не улучшает результатов аутичного ребенка. И в старшем возрасте он может прекрасно работать с кубиками Коса, но затрудняется в составлении простейшей истории в картинках.

Без специальной коррекционной работы аутичные дети могут не замечать смысла происходящих вокруг них событий, если они, конечно, не затрагивают их стереотипного жизненного ритуала, не нарушают его, в этом случае они всегда реагируют на них отрицательно. Они не понимают смысла обычных детских игр, им может быть безразличен проигрыш и выигрыш, они не понимают чувств других людей, не учитывают, что другие тоже думают, чувствуют, имеют свои интересы, вообще тоже являются живыми существами.

Это не значит, что такой ребенок индифферентен по отношению к другим людям, не получает удовольствия от контакта с близкими, не страдает от разлуки с ними. Привязанность к другому человеку может существовать и даже быть очень сильной, но это, как правило, еще очень примитивная симбиотическая привязанность ради себя, как к условию выживания, поддержания комфортного эмоционального самочувствия.

Развитие способности аутичного ребенка адекватно оценивать смысл происходящего и организовывать поведение в соответствии с этим смыслом требует специальной работы. Среда, в которой живет и учится аутичный ребенок, должна иметь максимально проработанную смысловую структуру. Конечно, она должна отвечать индивидуальным возможностям ребенка к восприятию этих смыслов (они должны быть определены психологом, работающим с ребенком).

Это, наверное, важно для каждого ребенка. Но для аутичного это важно особенно, как необходимейшее условия его коррекционного обучения. С ним ничто не должно происходить механически. Расписание составляется для него прежде всего осмысленно связно, много раз проговаривается, обсуждается. Любое его действие планируется для чего-то, что будет очень хорошо; любое совершающееся действие тоже комментируется, осмысливается; потом к нему возвращаются и оно оценивается снова с точки зрения его смысла, пользы, радости, которую оно всем доставило.

Любой навык осваивается осмысленно, для непосредственного практического использования в жизни сейчас или потом, в будущем, когда ребенок вырастет. Так, читать можно научиться по текстам, специально составленным для каждого ребенка его родителями с напоминанием о чем-то личном, пожеланием, похвалой; научиться писать - записывая задание, рассказ родителей о том, что происходило с ребенком в школе; считать - моделируя ситуации практической необходимости совершить математический расчет.

В противном случае такой ребенок, даже усвоив знания, овладев навыками, никогда не получит возможности использовать их практически. Очень точно и горестно сформулировала это одна из сотрудничавших с нами матерей, активно обучавшая своего ребенка и успешно прошедшая с ним программу массовой школы. Она сказала: «Мой сын усвоил все, что необходимо по программе, он правильно ответил на вопросы экзаменатора, но мне кажется, что мы засунули эти знания в какой-то мешок, из которого он их никогда не достанет сам». И дело не в том, что этот ребенок занимался по сложной программе массовой школы. То же самое происходит и с теми, кто учится во вспомогательной школе. Вне зависимости от уровня своего умственного развития аутичные дети без специальной работы не начинают практически использовать свои достижения.

Такие дети должны получить помощь в осознании того, что они любят и не любят, к чему привыкли, что им хочется изменить, что такое хорошо и что такое плохо, чего от них ждут другие люди, где границы их возможностей. Все это они могут усвоить, только подробно проживая, сопереживая все возникающие жизненные ситуации вместе с близким взрослым - родителем, учителем.

Для этого очень важен развернутый эмоциональный подробный комментарий взрослого: с одной стороны, это эмоциональная фиксация взрослым всего того, что происходит с ребенком, того, что он видит, слышит, ощущает, желает, возможно, может вспомнить в связи с происходящим; с другой стороны, это заражение ребенка вынесенной наружу, дезавтоматизированной собственной ориентировкой взрослого в происходящем. Педагог должен отчасти уподобиться восточному певцу, который поет о том, что видит, что переживает сейчас, и матери, которая, разговаривая со своим годовалым ребенком, также комментирует, осмысляет, окрашивает для него окружающий мир.

При этом комментарий должен содержать информацию о собственных переживаниях взрослого, его оценках, заботах, сомнениях, трудностях выбора, дающих возможность ввести ребенка во внутренний мир другого человека. Часто полезно бывает создать особую общую заботу, направленность на помощь кому-то третьему, возможно, соученику, который нуждается в этом.

Здесь возникает вопрос, особенно он касается аутичных детей со значительным отставанием в умственном развитии: насколько они способны понять такой подробно развернутый речевой комментарий, не полезнее ли для них получать строго дозированную простую инструкцию.

Отвечая на этот вопрос, мы должны развести собственную задачу обучения ребенка новому навыку и задачу общей смысловой организации поведения. В первом случае, как мы уже говорили, ситуация обучения должна быть максимально организована в помощь овладения навыком, и здесь, конечно, речевая инструкция должна быть дозирована и упрощена, содержать только самые существенные указания к действию. Во втором случае нам важно общее усвоение ребенком смысла происходящего, и здесь важен уже весь речевой контекст с информацией, которая дается и через слово и через просодические характеристики речи и, прежде всего, ее смысловые ударения, интонации.

Известно, что в раннем возрасте первое выделение смысловых единиц речи, предшествующее их фонематическому анализу, происходит с помощью освоения интонационной структуры. Мать, разговаривая с младенцем, заботится сначала не о понятности ему отдельных слов, а о ясности интонации. Здесь нам тоже прежде всего важна передача ребенку общего смысла ситуации, значит, мы нуждаемся в развернутой, интонационно насыщенной речи.

ЧЕМ МЫ ДОЛЖНЫ ЗАНИМАТЬСЯ С АУТИЧНЫМ РЕБЕНКОМ

Как уже говорилось, аутичного ребенка надо учить практически всему. Он должен научиться не только всему тому, чему учат в школе других детей, но и многому другому, тому, что дети с нормальным психическим развитием узнают сами в раннем возрасте. Для него важно

само введение его в смыслы человеческой жизни, в социальную жизнь, усвоение роли «ученика», стереотипа школьного поведения, постепенное развитие возможности произвольного взаимодействия с другими людьми.

Содержанием его может быть и обучение навыкам коммуникации и бытовой адаптации, школьным навыкам, расширение знаний об окружающем мире, других людях. Чем больше он усваивает таких навыков, тем более структурно разработанной, устойчивой становится его социальная роль, разнообразными стереотипы школьного поведения.

Для него важны все школьные предметы, но акценты в подаче учебного материала здесь во многих случаях должны быть несколько изменены. Программы обучения должны быть индивидуализированы. Это связано как с индивидуальными трудностями, так и с индивидуальными стереотипными интересами таких детей.

Как мы уже упоминали, первое взаимодействие с такими детьми может строиться именно на основе их стереотипных интересов.

Стереотипные интересы часто связаны с избирательной одаренностью таких детей. Как уже говорилось, она может проявляться в особой музыкальности, способности к рисованию, счетным операциям, конструированию, возможности освоения иностранных языков, накопления энциклопедических знаний в отдельных областях.

Конечно, эти способности проявляются в русле спонтанной деятельности таких детей. Произвольное взаимодействие, обучение и здесь связано с огромными трудностями, кажется, что ребенок в это время лишается всех своих способностей. И все же гибкий, терпеливый учитель имеет здесь больше шансов на успех. Если ребенок проходит период произвольной отработки основных технических навыков и эмоционального освоения смыслов деятельности, индивидуальная одаренность, свобода, неординарность проявлений возвращаются к нему.

Таким образом, программа обучения аутичного ребенка должна быть разработана индивидуально и должна строиться на основе его избирательных интересов и способностей. Вместе с тем существуют общие трудности, определяющие общие акценты работы. Так, для всех, даже для высокоинтеллектуальных аутичных детей огромной проблемой является освоение навыков бытового самообслуживания. Беспомощность в простейших бытовых ситуациях может провоцировать тяжелые нарушения поведения: негативизм, агрессию, самоагрессию.

Конечно, освоение навыков бытовой адаптации, самообслуживания должно идти в основном дома, но школа в этом случае не должна оставаться в стороне от этой работы. Моменты школьного дня, когда ребенок раздевается и одевается, приходя в школу и уходя из нее, переодевается на физкультуру, завтракает в столовой, должны рассматриваться как ситуации обучения. В соответствии с этим они должны быть четко педагогически

структурированы.

Работа по улучшению бытовой адаптации должна идти в тесном взаимодействии с родителями. То, чему ребенок учится в школе, должно переноситься домой, как и его домашние достижения должны использоваться в школе. Это не происходит само собой, потому что аутичный ребенок, как мы уже отмечали, ригидно связывает навык с местом и человеком, с которым этот навык был отработан. Поэтому при возникновении трудностей для облегчения переноса возможна временная работа с навыком родителей в школе и педагога дома.

Большое значение имеет освоение ребенком учебных навыков чтения, письма, счета. Эти навыки становятся новыми средствами коммуникации, новыми каналами получения информации о мире, взаимодействия с другими людьми. Как правило, аутичный ребенок чрезвычайно гордится этими достижениями, переживает, если у него возникают трудности.

Мы имеем опыт, что изучение таким ребенком иностранного языка может активизировать его коммуникацию, стимулировать развитие ее форм, включить его в контакты со сверстниками. В ситуации начала изучения языка он оказывается в более равном положении с одноклассниками - они тоже могут пользоваться только немногими стереотипными формами речи. И здесь аутичный ребенок становится более активным, включается в отработку обращений, диалогов, легче усваивает новые речевые формы.

Для него очень важны учебные предметы, которые расширяют его знания об окружающем мире и других людях. В начальной школе это чтение, природоведение, история, потом предметы гуманитарного и естественного циклов. Здесь, как и везде, ему нужны не формальные знания, а их связь с его реальной личной жизнью. Если для ребенка с обычным отставанием в умственном развитии такая связь с непосредственным жизненным опытом важна для облегчения понимания отвлеченных знаний, то здесь, наоборот, идущее от учителя осмысление законов окружающего мира, мира других людей может стимулировать адекватное осознание, проработку вместе с ребенком его личных отношений с миром и людьми.

Особенно важными нам представляются занятия такого ребенка литературой, сначала детской, потом классической. Необходимо медленное, тщательное, эмоционально насыщенное освоение заложенных в этих книгах художественных образов людей, обстоятельств, логики их жизни, осознание их внутренней сложности, неоднозначности внутренних и внешних проявлений, отношений между людьми. Это способствует улучшению понимания себя и других, уменьшает одноплановость восприятия мира, стремления все делить на черное и белое, развивает чувство юмора. Понятно, как все это важно для социализации такого ребенка, его эмоциональной стабилизации.

Физические упражнения, как известно, могут и поднять общую активность ребенка и снять его патологическое напряжение. И то и другое актуально. Известно, что такой ребенок в большинстве случаев испытывает огромные трудности на всех уровнях организации моторного действия: нарушения тонуса, ритма, координации движений, распределения их в пространстве. Все эти трудности становятся особенно явными в ситуации произвольной организации ребенка. Ему необходима специальная индивидуальная программа физического развития, сочетающая приемы работы в свободной, игровой и четко структурированной форме.

С возрастом все большую ценность для такого ребенка приобретают занятия спортом. Именно здесь он получает возможность усложнить свое понимание смысла происходящего, научиться понимать, что такое выигрыш и проигрыш, адекватно переживать их, упорно стремиться к победе и не падать духом при поражении, научиться взаимодействовать с другими детьми, чувствовать себя членом команды.

Мы хотим подчеркнуть, что учитель физкультуры может сделать чрезвычайно много для такого ребенка, не только для его физического, но и для эмоционального, личностного развития. Необходимо только помнить, что на занятии физкультурой такой ребенок находится, может быть, в самом уязвимом положении, наиболее невыгодно отличается от своих одноклассников, легко может почувствовать себя безнадежно неспособным, стать объектом насмешек. Хороший педагог, однако, найдет возможность поддержать его, создать в классе атмосферу симпатии и взаимопомощи.

Уроки труда, рисования, пения в младшем возрасте тоже могут сделать очень много для адаптации такого ребенка в школе. Прежде всего именно на этих уроках аутичный ребенок может получить первые впечатления того, что он работает вместе со всеми, понять, что его действия имеют реальный результат. Это очень важно для него.

Учитывая неловкость рук такого ребенка, мы должны подбирать для него задания так, чтобы он чувствовал в них свою состоятельность, чтобы работа не была особенно трудной, а эффект был ярким. Особой проблемой могут стать импульсивные действия такого ребенка, уничтожение им результата собственной работы - внезапное стремление порвать рисунок и т. п. Мы не будем здесь трактовать их, заметим только, что уже через секунду ребенок обычно горько жалеет о том, что сделал. Чтобы не допустить подобного, учитель должен немедленно после окончания работы забрать рисунок или поделку, поставить ее в безопасное место - на полку, повесить на стену, но так, чтобы все могли видеть ее, радоваться вместе с ребенком его успеху.

ОРГАНИЗАЦИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА С УЧИТЕЛЕМ И ДЕТЬМИ

Социализация такого ребенка, преодоления им трудностей обучения, конечно, происходит на основе установления эмоционального контакта, личной связи учителя с ребенком. Именно благодаря тому, что учитель уже видит в ребенке «хорошего ученика», он будет пытаться соответствовать этим представлениям.

Для такого ребенка прежде всего важны личные отношения. Он может долго не воспринимать инструкций, даваемых классу фронтально. Это постепенно изменится, но сначала это не должно раздражать учителя. Надо только помнить, что такой ребенок должен сидеть рядом и дополнительно к общей инструкции необходимо обратиться к нему лично. Часто бывает достаточно одного слова, взгляда, улыбки или прикосновения, и ребенок

включается в общую работу.

Желательно, чтобы учитель создал ребенку хорошую репутацию в глазах одноклассников. Он, как правило, достаточно странен в своих спонтанных проявлениях, в нелегких попытках установить контакт и легко может произвести плохое впечатление. На уроках учитель может продемонстрировать его сильные стороны: серьезные знания, одаренность в отдельных областях, подчеркнуть свою симпатию к нему.

Неформальные контакты на перемене тоже по возможности должны быть организованы. Для такого ребенка очень важно иметь возможность быть рядом с доброжелательными сверстниками, наблюдать за их играми, слушать их разговоры, пытаться понять их интересы, отношения. С ним надо специально проговаривать, обсуждать возникающие ситуации.

Позже очень важно сохранить для такого ребенка возможность участвовать в общих экскурсиях, организации концертов, классных спектаклей, праздничных вечеров, присутствовать при общих дискуссиях, даже при невозможности активного участия в них. Очень много такому ребенку дает участие в походах.

ОТ СОЗДАНИЯ СТЕРЕОТИПА ШКОЛЬНОЙ ЖИЗНИ К БОЛЕЕ ГИБКИМ ФОРМАМ СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

До сих пор мы все время говорили о разработке социально адекватного стереотипа школьной жизни. Стереотипа, в котором ребенок осмыслил бы свою роль и чувствовал бы себя уверенно, мог предвидеть развитие событий, был бы вооружен адекватными способами реагирования, понимал, чего от него ждут другие, и мог выразить свои желания. Это снимает большую часть поведенческих проблем, открывает ребенку возможность учиться. Вместе с тем мы понимаем, что невозможно разработать стереотипы на все случаи жизни, а малейший сбой стереотипа снова делает такого ребенка уязвимым.

Мы пришли к выводу, что путь здесь лежит не через ломку стереотипа поведения, а через его развитие. Чем детальнее разработан стереотип поведения, чем более в нем проработаны варианты: «если будет так, то мы поступим так», тем более гибким становится и поведение ребенка.

Конечно, надо учитывать, что такое развитие жизненного стереотипа - это кропотливая работа многих лет, освоение временно-пространственных, смысловых отношений, овладение многими полезными навыками.

В большинстве своем поведенческие проблемы снимаются при правильной организации жизни ребенка. Однако он не застрахован от них в случае неожиданной ломки стереотипа его жизни, неадекватных требований или даже при особой усталости, астении, соматическом заболевании. Они могут проявиться как тревожность, появление более жесткой стереотипности в поведении, страхов, особых стереотипных движений, агрессии и самоагрессии. Нельзя бороться отдельно со страхами и тревогой, запрещать ребенку раскачиваться или трясти руками, объяснять ему, что он ведет себя недопустимо - это скорее всего просто не поможет.

Справиться с этим можно только при условии понимания, что все это - маркеры общего состояния ребенка, того, как он справляется с ситуацией. В этом случае необходимо проверить и физическое состояние ребенка, посоветоваться с лечащим врачом о допустимых нагрузках и оценить адекватность требований к ребенку, обеспеченность его стереотипом школьной жизни.

Таковы, по нашему мнению, общие особенности педагогического подхода к обучению аутичного ребенка. Конечно, все это должно было быть освещено более подробно. Аутичный ребенок может иметь разную степень нарушения психического развития, разные формы дезадаптации, разные проблемы в обучении. Мы выделяем четыре группы таких детей, для которых актуальны разные задачи, методы и содержание обучения. О них мы надеемся поговорить в следующий раз.

М. М. Либлинз

ХОЛДИНГ-ТЕРАПИЯ КАК ФОРМА ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ, ИМЕЮЩЕЙ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

Ранний детский аутизм (РДА) как вариант тяжелого дизонтогенеза, при котором развитие ребенка задерживается и искажается вследствие нарушения контакта с внешним миром, и, в первую очередь с близкими людьми, ставит перед психологом задачу адекватной помощи семье аутичного ребенка в целом.

Существует целый ряд специальных исследований, посвященных проблемам психологического функционирования семей, имеющих аутичного ребенка. В них отмечается, что каждая такая семья, сталкиваясь с экстраординарными проблемами, испытывает хронический стресс, тяжесть которого зависит от тяжести состояния и возраста ребенка (S. Harris & M. Powers, 1984). Стресс в большей степени проявляется у матерей (M. Bristol, 1988; L. Wolf, 1989), которые не только испытывают чрезмерные ограничения личной свободы и времени, но и демонстрируют очень низкую самооценку в связи с тем, что недостаточно хорошо, по их мнению, выполняют свою материнскую роль. Воздействие хронического стресса вызывает депрессию, раздражительность, эмоциональную напряженность у матери (M. De Mueg, 1979; L. Wolf, 1989; J. Holroyd, 1974), причем обнаружено, что все эти проявления у матерей аутичных детей-дошкольников значительно выше, чем у матерей умственно отсталых детей (M. Gill, 1990). В эксперименте M. Gill оценивались депрессивность, тревожность, объем соматических жалоб и эмоциональное истощение в группах матерей аутичных детей, матерей умственно отсталых и нормальных детей. Матери аутичных детей показали максимальные значения по всем данным параметрам и дали себе наиболее низкую оценку по шкале личных успехов в воспитании ребенка.

Отцы, как правило, избегают ежедневного стресса, связанного с воспитанием аутичного ребенка, проводя больше времени на работе. Тем не менее и они переживают чувства вины, утраты, хотя и не говорят об этом так явно, как матери аутичных детей (M. De Myer, 1979; L. Wolf, 1979). Отцы также обеспокоены тяжестью стресса, который испытывают их жены (M. De Myer, 1979); на них ложатся особые материальные тяготы, связанные с воспитанием трудного ребенка, которые ощущаются все острее в связи с тем, что обещают быть долговременными, почти пожизненными (Lamb, 1983).

L. Wilker (1984), S. Harris (1984) пишут об особой ранимости семьи с аутичным ребенком, которая усиливается в моменты возрастных кризисов и в те моменты, когда семья проходит определенные критические точки своего развития (поступление ребенка в дошкольное учреждение, школу, переходный возраст и т. д.). В исследовании L. Wilker (1984) обнаружено, что совершеннолетие аутиста - такое же по силе стрессовое событие для семьи, как постановка диагноза.

В ряде исследований отмечается значимость семейной спаянности, согласованности действий родителей, воспитывающих аутичного ребенка (S. Harris, 1991). Кроме того, важно, как семья воспринимает события, связанные с аутичным ребенком, что именно она говорит себе об особых нуждах ребенка, как видит перспективы. Некоторые родители воспринимают болезнь ребенка как катастрофу для семьи, высказывают идеи самообвинения. В связи с этим многие специалисты говорят о необходимости работы по «замене аффективных и когнитивных фильтров», через которые родители воспринимают своего ребенка-аутиста. В работах M. Bristol, M. Gill (1987, 1990) обнаруживается четкая связь между восприятием семьей ребенка с аутизмом и возможностью семьи адаптироваться.

Нам представляется, что понять проблемы семьи, имеющей аутичного ребенка, и наметить основные направления помощи такой семье можно не только и не столько за счет специальных экспериментов и наблюдений, сколько в процессе коррекции, включающем в себя семью в целом.

Терапевтический подход, разработанный под руководством К. С. Лебединской и О. С. Никольской (1990, 1993), предполагает постоянное взаимодействие специалистов с родителями. В русле этого подхода отработаны способы обучения родителей методам коррекционной работы с аутичным ребенком в игре и ежедневном взаимодействии. Конкретные приемы привлечения внимания ребенка, организации его поведения, обучения навыкам, преодоления нежелательных форм поведения основаны на знании родителей характера нарушения психического развития.

Родители в данной коррекционной системе обучаются способам «эмоционального присоединения» к ребенку, с тем, чтобы, моделируя воздействия среды, помочь ему их осознать, постичь эмоциональный смысл всех происходящих с ним событий. Родители так же, как и специалисты, в данной системе должны выработать у себя определенные навыки, позволяющие им стать для ребенка особым «инструментом», оп-

средующим его контакт со средой, формирующим способы аффективного взаимодействия с ней. Авторы данного коррекционного подхода считают, что выполнение родителями аутичного ребенка этой особой роли (помимо исполнения ими традиционных родительских ролей) позволяет стимулировать развитие ребенка, добиваться значительного прогресса в его социальной адаптации.

Наше исследование проводилось с позиций этого коррекционного подхода и было связано с попыткой адаптации в его рамках, изучением возможностей одного из методов восстановления эмоционального взаимодействия в семье аутичного ребенка - метода холдинг-терапии.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА ХОЛДИНГ-ТЕРАПИИ

Метод разработан доктором M. Weich (1983) как психотерапевтическая техника, холдинг (от английского *hold* - держать) и выглядит очень просто. В специально отведенное время мать берет своего ребенка на руки, крепко прижимает его к себе. Ребенок должен сидеть у матери на коленях, прижатым к груди, так, чтобы у матери была возможность посмотреть ему в глаза. Не ослабляя объятий, несмотря на сопротивление ребенка, мать говорит о своих чувствах и своей любви к своему сыну или дочке и о том, как она хочет преодолеть ту или иную проблему.

Итак, холдинг-терапия включает в себя повторяющиеся процедуры холдинга - удержания ребенка на руках у родителей до его полного расслабления (физического и эмоционального). Психологическим обоснованием такого удержания может быть то, что оно противопоставлено обычному для аутичного ребенка поведению, направленному на избегание контакта (J. Richer, 1993). Для психолога очевидно, что нормальное, полноценное развитие ребенка невозможно без установления тесной связи, в первую очередь, с матерью. От контактов с матерью ребенок гармонично переходит к контактам с обществом. Об этом наиболее ярко свидетельствует опыт культур, где близость ребенка к матери является ценностью, как, например, у эфиопов или у североамериканских эскимосов. Из-за того, что ребенок постоянно находится на спине у матери, она очень скоро научается различать основные потребности младенца, устанавливая тесный контакт с ним. Нарушение связи с матерью чревато тяжелыми физическими и психическими последствиями для ребенка, что доказано многочисленными исследованиями по депривации.

Матери аутичного ребенка очень сложно установить тесный контакт с ним, так как ребенок не подкрепляет ее инстинктивное поведение: не смотрит ей в глаза, не принимает позу готовности при взятии на руки, не улыбается в ответ на улыбку матери и т. п. Поэтому аутичный ребенок недополучает такие необходимые для развития вещи, как контакт глазами, голосом, телесный контакт. Мать часто не может помочь такому ребенку пережить травмирующие события, успокоить, когда больно или страшно, так как он не сообщает об этом матери, не ищет утешения и защиты у нее на руках. На боль, психологический дискомфорт аутичный ребенок может реагировать усилением стереотипных движений, «застыванием», «замиранием» или криком, о причине которого мать часто не может догадаться. Ясно поэтому, что холдинг опирается на естественное инстинктивное желание матери обнять ребенка и удержать его при себе, чтобы разобраться в том, что с ним происходит, утешить и попробовать наладить

взаимоотношения с ним.

Обычно на «ситуацию удержания» аутичный ребенок реагирует отчаянным сопротивлением, воспринимая такое «лишение свободы» как витальную опасность. Поэтому многое зависит от того, что именно родители говорят ребенку, какие эмоциональные аргументы они подбирают для того, чтобы объяснить ему ситуацию. Страх ребенка и вызванное им сопротивление всегда уходят, когда родители настойчиво объясняют ребенку, как он им нужен, говорят, что не хотят его обидеть, а, наоборот, хотят с ним пообщаться и поиграть. Задача родителей во время холдинга поэтому состоит в том, чтобы удерживать ребенка не только физически, сколько эмоционально, уговаривая его не уходить, не покидать маму и папу, повторяя, как важно быть всем вместе.

Автор метода М. Welch выделяет в процедуре холдинга три стадии: *конфронтацию*, *отвержение* (или сопротивление) и *разрешение*. «Первая стадия любой сессии холдинга - это конфронтация. Обычно ребенок противится началу холдинга, хотя часто на протяжении всего дня ждет его. Он (или она) может находить любые поводы, лишь бы уклониться от начала «процедуры». Когда так или иначе матери удается настоять на своем, усадить ребенка себе на колени и заключить его в свои объятия, после конфронтационной паузы наступает фаза активного отвержения. Наступление этой фазы не должно пугать мать или находящегося рядом с матерью и с ребенком отца, который может обнимать их двоих. Ее наступление как раз говорит о том, что холдинг проходит нормально. В эти минуты нельзя ни в коем случае поддаваться жалобам и плачу ребенка или испугаться и отступить под его физическим натиском. Ребенок может рваться из объятий, кусаться, царапаться, плевать, кричать и обзывать мать разными обидными словами. Правильная реакция матери состоит в том, чтобы, глядя ребенка, успокаивать его, говорить ему, как она его любит и как переживает, что он страдает, но она ни за что не отпустит его именно потому, что любит. После различной по продолжительности второй стадии неизбежно наступает третья стадия - стадия разрешения. На этой стадии ребенок перестает сопротивляться, устанавливает контакт глазами, расслабляется, у него появляется улыбка, ему становится легко проявить нежность; мать и ребенок получают возможность говорить на самые интимные темы и переживать чувство любви» (из книги М. Welch «Holding-Time». N.Y., 1988).

После сеанса холдинга ребенок становится спокойным, расслабленным (иногда после первого холдинга ребенок может даже заснуть) или может оставаться достаточно активным. В любом случае он начинает контактировать с родителями: появляется прямой взгляд в глаза, ребенок может рассматривать лицо матери так, как будто видит его впервые, ощупывает его, гладит мать по волосам.

Доктор Welch рекомендует проводить холдинг ежедневно один раз, а также во всех ситуациях, когда ребенку плохо (либо он прямо выказывает это, либо плохо себя ведет). При этом полное физическое здоровье родителей и ребенка является необходимым и обязательным условием проведения холдинг-терапии.

Длительность первого сеанса холдинга с аутичным ребенком варьирует, по нашим наблюдениям, в пределах 1,5—4,5 ч. Очень важно, чтобы первый холдинг был доведен до «хорошего конца», и ребенок полностью расслабился, тогда в последующие дни его сопротивление редуцируется, оставляя все больше времени для развития позитивного эмоционального взаимодействия. В противном случае сопротивление ребенка остается таким же отчаянным и длительным, как в первый раз, на протяжении многих дней, и не всем родителям хватает эмоциональной выносливости, чтобы продолжать холдинг-терапию, добиваясь полного эмоционального и физического расслабления ребенка.

Как правило, только первое «сражение» может длиться больше двух часов. В дальнейшем сопротивление ребенка сходит на нет, и занятие занимает не более 1,5—2 ч. (при этом преодоление сопротивления ребенка занимает от нескольких минут до получаса, а игры, чтение стихов и сказок, рисование и другие развивающие занятия - остальное время).

В процессе холдинг-терапии достигается существенный прогресс в развитии, прежде всего, эмоционального контакта с близкими людьми. Ребенок становится активным в исследовании окружающего мира, проявляет интерес к событиям, происходящим дома, на улице. Он активнее включается в любое взаимодействие, идет на тактильный контакт (дает себя обнять, подержать на руках), чаще смотрит в глаза, чаще обращается с просьбой. Речевое развитие, как правило, тоже прогрессирует, по крайней мере, дети чаще пытаются обращаться не криком, а словом. Уменьшаются проявления агрессии и самоагрессии, ребенок становится более спокойным и управляемым. В ряде случаев дети начинают проявлять интерес к книгам, рисованию, совместной игре. Эти данные приводят М. Welch (1983, 1988); I. Prekopp (1983); M. Zapella (1983, 1987, 1992); J. Richer & M. Zapella (1989); J. Richer (1991), применяющие холдинг-терапию в психологической коррекционной работе с семьями, имеющими аутичных детей.

Очевидно, что холдинг-терапия, стимулируя развитие ребенка, дает семье возможность по-новому наладить взаимодействие с ним, преодолевая при этом как сам аутизм, так и связанную с ним задержку психического развития.

МОДИФИКАЦИЯ МЕТОДА ХОЛДИНГ-ТЕРАПИИ ДЛЯ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

Важно отметить, что опыт работы привел нас к необходимости модифицировать методику холдинга таким образом, чтобы она могла применяться длительно (до 3 лет и более), принося эффективный результат в развитии взаимодействия аутичного ребенка и его семьи и выполняя роль катализатора его психического развития. Та процедура холдинга, которую мы используем на протяжении последних трех лет, не ограничивается классической схемой «конфронтация, сопротивление, разрешение». Как уже отмечалось, сопротивление ребенка в течение одной-двух недель редуцируется, оставляя время и возможность для развития позитивного взаимодействия между ребенком и его родителями. Обучение родителей способам эмоционального взаимодействия с ребенком в игре,

совместном чтении, рисовании, бытовом взаимодействии является необходимой частью коррекционного подхода, ориентированного прежде всего на преодоление аффективного недоразвития аутичного ребенка (см.: Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: Изд-во МГУ, 1990). Выше мы писали о том, что, работая в данной традиции, психолог помогает родителям сформировать специальные навыки коррекционного взаимодействия с ребенком. Холдинг-терапия дает возможность ускорить эту работу, сделать ее более интенсивной.

В первые же недели холдинг-терапии, по мере того как смягчается и уходит сопротивление ребенка, большую часть времени холдинга начинают занимать игра, сказки, песни и др. При этом психолог помогает родителям: подобрать материал определенной степени сложности, ориентируясь на уровень эмоционального и интеллектуального развития ребенка; по-разному обыгрывать детали рассказа, фрагменты занятия, ориентируясь на реакцию ребенка, стараясь «заразить» его своей эмоцией и, по мере развития внимания ребенка, добавлять все новые эмоциональные детали в разговор, в игровое взаимодействие. Эта традиционная для нас работа необходима для постепенного развития у аутичного ребенка системы эмоциональных смыслов, формирующих его понимание окружающего мира (развитие «внутренней речи», в терминологии Л. С. Выготского):

- провоцировать ребенка на подражание в игре;
- ребенка с тяжелым недоразвитием речи важно также провоцировать на вокальное, словесное подражание, договаривание слов в знакомых стихах (когда родители оставляют паузу в конце строфы), допевание знакомых песен. Ребенка с шаблонной речью - провоцировать на диалог, совместный пересказ запомнившихся событий, эмоционально ярких впечатлений;

- прорабатывать во время холдинга аффективные проблемы: научить родителей снимать агрессию и самоагрессию ребенка, преодолевать навязчивости и влечения, справляться с чрезмерным возбуждением.

Вот далеко не полный перечень тех видов коррекционного взаимодействия, которое родители развивали во время холдинга уже после того, как было преодолено сопротивление ребенка.

Нам представляется, что в итоге нашей модификации холдинг дополнился еще одной составляющей, в рамках которой отрабатываются необходимые аутичному ребенку формы позитивного эмоционального воздействия, что позволяет холдинг-терапии длительно сохранять свою эффективность в работе с аутичными детьми. По нашему мнению, холдинг и должен работать в двух направлениях. Первое из них - это преобразование, «перемальвание» негативных аффектов, снятие эмоционального напряжения, возбуждения, тревоги, страха, преодоление агрессии и негативизма. Эти проблемы решаются во время «классического» холдинга, при преодолении сопротивления ребенка. Другое направление действия холдинга - разработка новых форм эмоционального контакта, что способствует развитию взаимодействия, подражания, понимания эмоционального смысла, стимулирует развитие речи и др.

Сочетание этих двух компонентов, их дозировка могут варьировать в очень широких пределах, что определяется уровнем эмоционального развития ребенка, его конкретным аффективным состоянием, наиболее актуальными проблемами развития.

Естественно поэтому, что холдинг-терапию с семьей, имеющей аутичного ребенка, должен вести психолог или педагог, имеющий опыт коррекционной работы с аутичными детьми и обладающий необходимыми знаниями о закономерностях аффективного развития таких детей. Задачами специалиста, ведущего холдинг-терапию, являются:

- подготовка семьи к холдинг-терапии, состоящая в том, что специалист подробно информирует семью о сути и технике холдинга и убеждает в эмоциональной готовности родителей проводить терапию;

- поддержка родителей во время «очищающей» фазы холдинга, причем специалист вдохновляет мать, сдерживает ее гнев и отчаяние, организует помощь отца; передает родителям сигналы от ребенка, которые они не понимают или не замечают, в случае необходимости «суфлирует» родителям, помогает им найти нужные слова, правильно отреагировать в той или иной ситуации;

- определение основных задач «развивающей» фазы холдинга (выше мы уже писали о конкретных задачах «развивающей» фазы, которые психолог помогает родителям разрешить).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ХОЛДИНГ-ТЕРАПИИ

Существует ряд обстоятельств, делающих проведение холдинг-терапии невозможным. По нашему мнению, это:

- тяжелые соматические (острые или хронические) заболевания родителей или ребенка. Специалист, ведущий холдинг-терапию, должен убедиться в полном соматическом здоровье родителей, предупредив их о том, что большая физическая и эмоциональная нагрузка во время холдинга может привести к обострению хронических заболеваний. Изучая историю развития ребенка, следует, к примеру, обратить особое внимание на наличие судорожных приступов в анамнезе. В подобных случаях следует отказаться от холдинг-терапии, прибегнув к более постепенным и щадящим способам эмоциональной коррекции;

- ситуация неполной семьи, когда в семье нет отца, также исключает возможность холдинг-терапии. Здесь наше мнение полностью совпадает с мнением автора метода М. Welch, которая считает, что ни бабушка, ни дедушка, ни любой другой родственник не может выполнить

- роль отца во время холдинга. По этой же причине категорический отказ отца от участия в холдинг-терапии делает ее невозможной;

- сопротивление родителей, их эмоциональная неготовность к холдинг-терапии. Специалист, по нашему мнению, не должен заставлять родителей начинать холдинг «через силу», так как этот метод - далеко не панацея и не единственная форма помощи семье аутичного ребенка.

ОПИСАНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ С 18 СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ АУТИЧНОГО РЕБЕНКА

1. Исходное состояние детей, взятых на холдинг-терапию

Описание общих итогов работы следует начать с того, что холдинг-терапия проводилась в основном с глубоко аутичными детьми (1—2-а группы РДА по классификации О.С.Никольской). Возраст детей - от 3 до 9 лет (из них - 15 детей 4—6-летнего возраста). Все дети были стереотипны в поведении, не переносили смены привычного окружения. У 9 из них наблюдались ожесточенные моторные стереотипии, у 14 - стереотипные вокализации, скрип зубами, игра языком. У 10 детей были проявления самоагрессии (кусают руку, били себя по голове), у 9 - импульсивные проявления агрессии по отношению к близким людям, к детям (как правило, в ситуации нарушения привычного стереотипа, вторжения в него). У 8 детей в поведении были выраженные элементы влечений: обнюхивание, облизывание вещей, желание тянуть за волосы, пристрастие к меху, к мягким игрушкам. Отмечалась несформированность основных навыков самообслуживания; так, у троих детей не были сформированы навыки опрятности, 10 - не одевались самостоятельно. Проявления негативизма в поведении, когда ребенок не понимает «нельзя», не может подождать, потерпеть, требует немедленного исполнения своих требований, а в случае отказа - «устраивает истерику», т. е. кричит, пока не добьется своего, - у 6 детей. Непереносимость скопления людей, когда с ребенком невозможно зайти в магазин, ехать в общественном транспорте - у 5 детей. У большинства речь либо отсутствовала, либо наблюдался ее регресс, либо грубое недоразвитие, т. е. она была представлена редкими аффективными высказываниями или несколькими словами, которые не присутствовали устойчиво в речи, а появлялись только в аффективно насыщенных ситуациях, а затем исчезали. Только у одного ребенка с 3-й группой РДА была достаточно развернутая фразовая речь с характерными для РДА аграмматизмами, задержкой использования личных местоимений.

2. Описание положительного эффекта холдинг-терапии

Во всех случаях использования холдинг-терапии, кроме одного, ее результаты можно расценить как положительные, независимо от продолжительности применения.

1. Холдинг содействовал уменьшению, смягчению собственного аутизма, установлению более адекватного эмоционального контакта между ребенком и родителями. Практически во всех случаях родители говорили о том, что ребенок стал чаще смотреть в глаза, больше хочет быть рядом, а не сам по себе; примерно в половине случаев мамы говорили о том, что ребенок стал проявлять инициативу в контакте, или о том, что эти проявления стали чаще. Так, многие говорили, что ребенок постоянно «пристает», требует к себе внимания, «заигрывает».

Все дети стали больше контактировать и с другими членами семьи: папой, бабушкой, дедом, братом или сестрой. Все члены семьи отмечали, что увеличилось количество обращений со стороны ребенка (или они появились), что дети чаще стали обращаться речью.

2. Сверхсензитивность многих детей существенно смягчилась, уменьшились страхи, основанные на гиперсензитивности ребенка. Так, например, после первых двух сеансов холдинга 5-летняя девочка впервые спокойно позволила маме расчесать волосы и заплести косу. Эта же девочка, боявшаяся собак, через месяц холдинг-терапии спокойно подошла на улице к собаке (правда, маленькой), погладила и даже постаралась заглянуть ей в глаза.

Все дети стали чаще смотреть в глаза не только близким людям, но и чужим, с которыми сталкивались в транспорте, на занятиях, тем, кто приходит в гости и др.

Двое детей стали терпимо относиться к стрижке ногтей, один ребенок - к посещению парикмахерской. О троих детях мамы говорили, что с ними стало легче ехать в транспорте, зайти в магазин или другое людное место.

3. Практически все родители отмечали возросшую активность детей, усиление или проявление интереса к окружающему, возросшее любопытство ребенка. Многие родители говорили, что ребенок после холдинга смотрит на них «как будто в первый раз видит», начинает обследовать, ощупывать лицо мамы (глаза, рот), гладить по волосам. Также дети начинали вне холдинга обследовать свою комнату, всю квартиру. Одна из мам жаловалась на то, что с ребенком стало невозможно ходить в гости - он обследует все комнаты, залезает без разрешения во все шкафы, выдвигает все ящики. Другой пятилетний мальчик стал приглядываться к тому, чем занимается мама, пытаться помогать ей стирать и готовить, заглядывая при этом в каждую кастрюлю, в шкаф, где хранились крупы, в холодильник.

Многие дети стали проявлять интерес к незнакомым людям: 11 начали наблюдать за другими детьми, их игрой на детской площадке; 5 детей активно включались во взаимодействие - участвовали в общей беготне на детской площадке. Двое впервые стали проявлять инициативу в контакте с детьми: подходили к другому ребенку, тянули за руку, затевали с ним беготню.

4. Усилилась привязанность детей к близким людям. О 8 детях мамы говорили, что «перестал отпускать меня из дома»; о 4 - что стал ждать с работы папу, бежит встречать его в прихожую. Практически все дети меньше стремились уединиться, напротив, хотели находиться в той же комнате, где мама или другие близкие люди.

Многие стали приходиться в один и тот же час и требовать холдинг-терапии. 15 детей стали чаще стремиться побыть на руках у мамы, искать у нее утешения и защиты (в случае опасности, плохого настроения, болезни).

5. Практически все дети примерно через две недели холдинг-терапии проявили большое желание и возможность взаимодействовать. Обо всех детях родители говорили, что они «стали более отзывчивыми», менее отрешенными, лучше слушают, выполняют простые просьбы. 6 детей впервые на руках у родителей стали слушать сказки, песни, стихи. Вне холдинга 5 детей стали проявлять интерес к тем играм, которые предлагают им взрослые или другие дети; больше наблюдают и слушают, но иногда включаются в игру или рисование спонтанно или по просьбе взрослого.

6. Обо всех детях говорили, что они стали менее капризными, более послушными. Про одного ребенка рассказали, что он прекратил «устраивать истерики», кричать и валиться на пол, когда мама входила с ним в магазин, в троллейбус или не выполняла немедленно какого-то требования ребенка.

У троих детей исчезли (за несколько месяцев) проявления самоагрессии. Характерно, что агрессивные проявления, наблюдавшиеся в поведении 7 детей до начала холдинг-терапии, сейчас иногда возникают во время холдинга и совсем не наблюдаются в другое время. Интересно, что у ребенка с исходной 3-й группой РДА проявления физической агрессии (бил по ноге ногой, наступал на ноги, толкал детей в детском саду, отнимал у них игрушки) ушли из поведения совсем в течение 4 месяцев. Очень редко сейчас этот ребенок усиливает физическое сопротивление на холдинге, но уже не стремится при этом причинить родителям боль. Сейчас остаются проявления страхов и агрессии в вербальном фантазировании ребенка (ребенок рисует и говорит об авариях, пожарах и т. п.). Однако, поскольку мальчик теперь способен к диалогу, внимательно слушает комментарии взрослого, все эти проблемы стали преодолимыми: ребенок ждет помощи от взрослого и сам помогает ему придумать благополучный исход страшной ситуации.

7. У 10 детей произошло заметное улучшение в освоении бытовых навыков. Из них трое научились самостоятельно одеваться, а четверо освоили более сложные действия (застегивание пуговиц, молнии на брюках и др.), а главное, стали активно пользоваться уже освоенными навыками, не требуют постоянного побуждения к действию, а стремятся одеваться, обуваться, есть самостоятельно.

У одного ребенка на фоне холдинг-терапии удалось сформировать навык опрятности. Несформированность навыка опрятности была связана со страхом туалета и горшка, который смягчился на фоне холдинг-терапии. Двое других детей также обнаружили прогресс в освоении навыков опрятности: один ребенок через 2 месяца от начала холдинг-терапии, а другой через 6 месяцев начали вместо горшка пользоваться туалетом.

Для всех детей, проходящих холдинг-терапию, характерно стремление к большей самостоятельности, что отчетливо проявляется через 4-6 месяцев занятий. Надо отметить, что у большинства детей прогресс в развитии навыков был связан именно с возросшим стремлением к самостоятельности. Наши наблюдения показывают, что через полгода-год холдинг-терапии (а в некоторых случаях гораздо раньше) возросшая контактность, включенность ребенка в ситуацию и появившееся стремление к самостоятельности позволяют в короткий срок (за несколько дней) отработать и закрепить практически любой навык, связанный с самообслуживанием, помощью по дому и т. п.

8. У большинства детей заметен прогресс в развитии речи. Причем, по нашим наблюдениям, первичным является прогресс в развитии внутренней речи ребенка, что проявляется в поведении возросшей способностью слушать стихи, рассказы о самом ребенке, которые родители придумывают во время холдинга, а затем и сказки. Внимание к тому, что рассказывают родители, становится более протяженным; ребенок, даже не реагируя речью, дает адекватную эмоциональную реакцию (хмурится, когда появляется «серый волк», смеется, когда родители говорят о его собственных шалостях и т. п.).

Предшественниками речевой инициативы на холдинге становятся также подражание ребенка мимике и артикуляции родителей, выполнение по их просьбе игровых действий, имитирующих чье-то поведение («покажи козу рогатую», «сделай, как мишка косолапый, ногою топ», «как мама делает «но-но-но»»).

Динамика развития речи была разной, в зависимости от того, была речь у ребенка раньше или нет. Детям, речь которых нормально развивалась до 2-3 лет, а затем регрессировала (5 детей) достаточно было несколько сеансов холдинга, чтобы растормозить большое количество аффективных высказываний (ситуативных, аффективных воспоминаний, цитат из любимых раньше книг). Более сложной задачей в этом случае была задача сохранения и поддержания речевой активности ребенка на определенном уровне как в ситуации холдинга, так и в течение дня. То есть вновь появившаяся речь была нестабильной, ребенок мог вновь замолкать на целые дни, и требовались недели, а иногда и месяцы для того, чтобы вывести речь на более стабильный уровень.

Дети, которые не пользовались речью до начала холдинг-терапии (8 человек), нуждались в длительной работе (от двух месяцев до трех лет) по растормаживанию и закреплению в ежедневной речи отдельных слов и коротких высказываний, хотя аффективные восклицания и короткие аффективные слова появились на холдинге достаточно быстро - после 2—15 занятий.

Вообще работа по растормаживанию речи во время холдинг-терапии имеет свою специфику и нуждается в отдельном описании. В целом же наш опыт показывает, что инициирует развитие речи у аутичного ребенка (ее понимание и собственно речевую активность) быстрый прогресс эмоционального контакта с родителями, достигаемый на холдинге. Ежедневная тренировка в контакте, эмоциональная стимуляция во время холдинг-терапии гарантирует стабильность в развитии речи, закрепление появившихся речевых форм.

9. Холдинг-терапия, по нашим наблюдениям, оказала положительное влияние на родителей в тех семьях, где применялась не менее трех месяцев (таких семей - 13):

а) родители уже после первых 4-5 сеансов холдинг-терапии отмечают, что чувствуют себя более уверенно в отношениях с ребенком: уходит тревога, связанная собственной несостоятельностью в контактах с ребенком;

б) родители лучше понимают ребенка, его проблемы, желания. Холдинг показывает родителям, есть ли у ребенка стремление к контакту и возможность контактировать; помогает почувствовать глубину тревоги, страха и эмоционального напряжения, которые испытывает ребенок; помогает разобраться в том, что ребенок не хочет, а чего не может; когда он слушает и понимает, а когда «отключается»;

в) одно из наиболее ценных свойств холдинг-терапии проявилось в том, что она помогла в короткий срок преодолеть дистанцию между специалистами и родителями, научить родителей приемам эмоциональной работы с ребенком, дать им необходимые навыки управления аффективным состоянием ребенка, стимуляции его развития;

г) холдинг-терапия не только дает родителям необходимые навыки коррекционного воздействия, она обязывает их к регулярной работе с ребенком. Холдинг постепенно вписывается в режим дня, дети быстро привыкают к определенным часам занятий, и, как отмечают многие родители, ребенок сам приходит в определенный час, садится на руки и требует, чтобы с ним занимались. Родители на своем опыте убеждаются в том, что пропускать занятия не стоит: даже 1-2 пропущенных дня обычно приводят к более сильному сопротивлению ребенка в день возобновления холдинга. Кроме того, родители замечают, что эмоциональное развитие ребенка не продвигается, если прекратить занятия. По выражению одной мамы «после пропущенных двух недель занятий холдинг пришлось начинать с того же места».

Стабильность, регулярность холдинг-терапии гарантирует стабильность развития ребенка. В тех семьях, где холдинг-терапия не прекращалась, у детей не было ни одного аффективного срыва, и все они (правда, каждый в своем темпе) демонстрируют свое продвижение в психическом развитии. Характерно, что это не зависит от предыдущей динамики развития ребенка: так, в двух семьях дети исходно развивались по возрасту и даже с некоторым опережением, затем следовал период регресса поведения и утраты речи, которые заставляли врачей-психиатров, наблюдавших этих детей, предполагать приступообразное течение основного заболевания.

3. Негативные феномены при холдинг-терапии и способы их преодоления

1. Холдинг-терапия вызывает ломку привычных стереотипов, в особенности стереотипов контакта, провоцирует временный аффективный

дисбаланс, который наблюдался почти у всех аутичных детей на протяжении первых 1-6 месяцев холдинга.

Это проявляется:

- усилением аутостимуляции у ребенка вне ситуации холдинга (у 8 детей);

- расстройством сна (у 3 детей);

- усилением агрессии, влечений, негативизма (у 8 детей); -большой возбудимостью и расторможенностью ребенка (у 10 детей).

Перечисленные симптомы всегда сочетались с возрастанием активности, контактности ребенка, появлением подражания и другими положительными сдвигами в психическом развитии ребенка. Подобные отрицательные моменты часто сопутствуют не только холдинг-терапии, но и первым этапам любой целенаправленной интенсивной работы по эмоциональному развитию аутичного ребенка. Стимулирующая лекарственная терапия также часто приводит к подобным побочным явлениям.

Все эти негативные симптомы невозможно игнорировать, важно подготовить родителей к их появлению, и следить за тем, чтобы удельный вес негативной симптоматики не превышал позитивных накоплений и не подрывал веру родителей в необходимость занятий.

К сожалению, в 2 случаях из 18 родители прекратили холдинг-терапию в связи с тем, что не могли справиться с нарастающей негативной симптоматикой. В первом из этих случаев маму напугало резкое усиление агрессии и влечений (ребенок стал ожесточенно драться и кусаться как во время, так и вне холдинга, усилилось обнюхивание и облизывание предметов). Во втором случае родителей напугало массивное нарастание аутостимуляции. Более поздний опыт работы в других семьях убеждает нас в том, что в обоих случаях стоило настаивать на продолжении и усилении холдинг-терапии (делать холдинг не один раз в день, а чаще; доводить ребенка до полного расслабления, обязательно подключить к холдинг-терапии отца). Сейчас понятно, что родителям тяжело самостоятельно справиться с нарастающей негативной симптоматикой, поэтому ведущий холдинг должен держать ситуацию под контролем, работая с семьей чаще, чем обычно (до 4-5 раз в неделю).

2. Еще одна проблема, с которой мы столкнулись в четырех семьях, - это стереотипизация ситуации холдинга. За 1—2 месяца ребенок привыкал к определенной последовательности занятий во время холдинга и требовал их стереотипного воспроизведения в определенном порядке с неизменным содержанием. Этому можно было помешать, если перед родителями постоянно ставились новые задачи, дающие перспективу развития ребенка. Так, если в стереотипе холдинга преобладали «подражательные» занятия (игры, песни, стихи), то упор делался на понимание эмоционального смысла; постепенно в холдинг вводились короткие истории о самом ребенке, планы на будущее и воспоминания, короткие сказки. И наоборот, если ребенок предпочитал пассивно слушать, начинали растормаживать его двигательную и речевую активность, добавив в холдинг игры, песни, потешки. Если ребенок привыкал к ритмичным сказкам («Колобок», «Курочка Ряба» и т. п.), в холдинг вводились короткие истории и сказки с неожиданностями, приключениями. Нередко нововведения вызывали усиление сопротивления ребенка, которое, однако, было достаточно кратковременным и легко снималось.

Другой причиной стереотипизации холдинг-терапии в этих семьях была недостаточная гибкость родителей

в сочетании двух основных компонентов холдинга. Напомним, что два этих компонента - *очищающий* и *развивающий*, - в обязательном сочетании которых и состоит наша модификация холдинга, позволили сделать холдинг-терапию более адекватной задачам развития эмоционального взаимодействия в семье аутичного ребенка и применять ее длительно, в течение 1—3 лет с определенным эффектом.

Динамическое наблюдение в процессе коррекционной работы на протяжении последних трех лет показывает, что длительный «крен» в сторону одного компонента и пренебрежение другим приводит к стереотипизации и выхолащиванию холдинга, к тому, что холдинг-терапия теряет свой смысл и перестает стимулировать развитие ребенка.

Наш опыт показывает, что 4 семьи из 18 прекратили холдинг-терапию через 2—3 недели после того, как из холдинга ушел *очищающий* компонент. Эти семьи бросили терапию примерно через 2—3 месяца от ее начала, когда холдинг превратился в жесткий стереотип, причем родители проигрывали ребенку каждый день определенный набор песен, стихов и сказок, не меняя их порядка, не пытаясь вносить дополнения, так как это вызывало сопротивление ребенка.

Хотя в нашей практике мы не сталкивались с длительным применением *очищающего* компонента, но можем себе представить, что такой вариант тоже возможен. В этом случае постоянное провоцирование сопротивления ребенка может привести к чрезмерному увлечению (ребенка и родителей) драматической борьбой, которая со временем будет стереотипизоваться и вытеснит из холдинга *развивающий* компонент. Если родители проводят холдинг-терапию с установкой «ни дня без борьбы», то сильные аффекты начнут работать на аутостимуляцию, не оставляя времени и места эмоциональному развитию.

Все семьи, продолжающие холдинг-терапию больше года, научились комбинировать, варьировать сочетание двух необходимых частей холдинга. В этих семьях родители умеют распознавать, когда надо «поддать жару», спровоцировать сопротивление ребенка, чтобы снять усиливающееся возбуждение или другой тревожный симптом. В другой же раз фаза сопротивления отрабатывается совсем недолго, 1—2 минуты, чтобы добиться минимального сосредоточения ребенка и заинтересовать его новой сказкой.

В том случае, когда родители освоили каждую из составных частей холдинга и научились гибко их варьировать, эффективность холдинг-терапии может быть достаточно высокой на протяжении многих лет, причем она может обеспечить стабильность в развитии детей даже с наиболее тяжелыми формами аутизма. Поэтому помощь психолога семье состоит не только в обучении родителей конкретным приемам и методам работы с ребенком, одним из которых является холдинг. Психолог должен работать с семьей длительно, пока родители не достигнут достаточной свободы и гибкости в применении определенного метода коррекции. В случае холдинг-терапии на это требуется от двух месяцев до одного года интенсивных занятий.

ВЫВОДЫ

1. Описанный опыт работы с 18 семьями, имеющими аутичного ребенка, с помощью модифицированной методики холдинга, свидетельствует о положительных результатах работы, которые проявились:

- в уменьшении, смягчении аутизма, установлении более тесного эмоционального контакта между аутичным ребенком и родителями;
- в смягчении сверхсензитивности аутичных детей;
- в возрастании психической активности всех детей, проходивших терапию, усилении или проявлении интереса к окружающему;
- в усилении привязанности детей к близким людям;
- в проявлении у ребенка большего желания взаимодействовать, в развитии произвольного внимания;
- в уменьшении, а в некоторых случаях, в полном исчезновении негативизма и агрессивных проявлений в поведении ребенка;
- в улучшении освоения бытовых навыков;
- в заметном прогрессе в развитии речи;
- в положительном влиянии на родителей аутичного ребенка, которые стали более уверенными в отношениях с ребенком, в понимании его проблем. Холдинг-терапия не только помогла родителям освоить навыки коррекционной работы, но и сформировала у них привычку к регулярной работе с ребенком.

2. Вместе с тем в процессе холдинг-терапии наблюдались некоторые негативные феномены, а именно:

- проявление в состоянии ребенка симптомов временного аффективного дисбаланса, таких, как усиление аутостимуляции, расстройство сна, усиление агрессии и влечений, возрастание возбудимости и расторможенности ребенка. В работе сделана попытка дать объяснение этим явлениям и предложены способы их преодоления;
- рассматривается феномен стереотипизации холдинга, ведущий к его постепенному выхолащиванию и, как правило, отказу родителей от терапии. Намечаются способы преодоления этой проблемы.

А. С. Спиваковская

ИГРА КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ АУТИСТИЧЕСКОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА ТЕРАПИИ ИГРОЙ

В терапевтической процедуре игра была использована впервые З. Фрейдом (1913). Этот опыт вошел в историю психоанализа под названием «случай маленького Ганса».

Терапевтическая задача заключалась в выявлении через цепь ассоциаций «истинного» источника

символической игры и в доведении его до сознания ребенка.

В общей терапевтической процедуре игра была лишь вспомогательным средством, использовалась вместе с направляющими беседами, исследованием свободных ассоциаций и интерпретаций сновидений. Однако эти методы, требуя высокого уровня развития вербальных способностей и активного участия пациента в терапевтической процедуре, естественно, вызвали значительные трудности при применении к детям.

В связи с этим последовательница Фрейда М. Клейн опубликовала книгу «Психоанализ детей» (1932), в которой описывала опыт детской психоаналитической терапии, где игра становится центральным, основным методом.

Клейн, так же как и З. Фрейд, считала, что аффективные нарушения могут быть устранены, если дети добьются осознания того конфликта, который их генерирует. Она пришла к выводу, что все игровое поведение детей представляет собой символизацию неосознаваемых желаний, страхов, предчувствий, удовольствий. В процессе игры терапевт вступает с ребенком в специфические отношения, действуя как пассивная фигура (*lay figure*), которой ребенок передает ряд ролей, соответствующих его реальным отношениям к другим людям или его чувствам к ним.

Таким образом, в игре терапевт как бы в фокусе конфликтов ребенка, и его задача заключается в доведении этих конфликтов до сознания путем интерпретации ему же его собственной игры.

Клейн настаивала на том, что отдельные символические моменты игры нельзя интерпретировать в отрыве от всего контекста игрового поведения ребенка. В своей работе она использовала миниатюрные куклы, представляющие изображение членов семьи.

Таким образом, отличие терапии Клейн, помимо незначительных теоретических расхождений, от терапии, применяемой для взрослых, заключалось в переносе акцента на спонтанную игру. Все остальные принципы остались неизменными.

В отличие от М. Клейн, А. Фрейд (1923, 1946) считала, что детская терапия должна радикально отличаться от взрослой. Она писала, что нельзя проводить терапию, отвлекаясь от тех домашних проблем, которые вызывают у детей эмоциональные нарушения. Такое утверждение неизбежно следовало от фрейдовского понимания развития ребенка.

А. Фрейд подобно другим неофрейдистам в процессе развития ребенка выдвигала на первое место не смену объектов удовлетворения влечения, а реальную окружающую индивида ситуацию, характер интерперсональных отношений, прежде всего отношений с близкими взрослыми. По мнению А. Фрейда, терапевту недостаточно быть пассивной фигурой, на которую дети проецируют свои отношения к родителям. Анализ, заключающийся в обнаружении и переориентировке неадекватно зафиксированного либидо, оставался частью терапии, но теперь он не был ее стержнем.

В работе терапевта подчеркивался обучающий аспект. Терапевт должен активно вызывать и поддерживать у ребенка чувства доверия, любви, привязанности. Ему необходимо устранить неадекватные болезненные способы приспособления и заменить их новыми, более адекватными. А. Фрейд отказывалась от утверждения об обязательной символизации в игре неосознаваемых переживаний и конфликтов, считая, что в ней могут воспроизводиться реальные отношения, наблюдаемые ребенком в жизни. Она также настаивала на привлечении родителей к терапевтической процедуре и на необходимости разъяснения им фактов неправильного поведения по отношению к детям.

Исследования М. Клейн и А. Фрейда положили начало терапевтической технике, известной теперь под названием «терапия игрой» (*play therapy*) или «детская психотерапия» (*children psychotherapy*), если используется только игровые методы.

В настоящее время не существует какой-то однозначной теории игротерапии. Теоретические послышки, изложением которых обычно начинаются наиболее популярные руководства, поражают эклектизмом, смешением фрейдистских, гештальтистских и бихевиористических понятий. При этом само отсутствие теории признается не недостатком, а возводится в принцип.

По словам М. Д. Волберг (1967. с. 349). «игровая терапия не принадлежит к какой-то определенно! школе психиатрии, каждый терапевт должен сначала овладеть этим особым языком ребенка, а затем объединить овладение терапевтическим инструментом с его собственной теоретической ориентацией».

Современные приемы, «инструмент» игровой терапии широко варьируют, например: 1) по степени, в которой терапевт считает необходимым быть активным (директивная и недирективная игротерапия); 2) по степени, в которую родители включаются в процессе терапии (выделена специальная «family therapy» - семейная терапия); 3) по количеству участников (групповая и индивидуальная терапия); 4) по количеству и составу игровых предметов и другого оборудования (игра в куклы, использование игрушек-полуфабрикатов, применение песка или глины, использование мозаики или рисования пальцами); 5) по частоте игровых сеансов.

Рассмотрим методические приемы недирективной игровой терапии, разработанные одной из самых популярных исследовательниц этого направления В. Акслайн (1947).

По мысли Акслайн, в этом виде игротерапии главным является предоставление ребенку полной самостоятельности в игре, в ходе которой он сам преодолевает свои трудности, изживает конфликты.

Задача терапевта сводится к созданию теплых, дружеских отношений с ребенком. По мнению Акслайн, основной характеристикой личности является тенденция к независимости, саморегуляции. Для ее достижения поступки ребенка должны получать одобрения, ему нужно предоставить право на чувство собственного достоинства. Если ребенок чувствует свою независимость, если он сам несет ответственность за свое поведение, в такой ситуации он начинает правильно оценивать причины своих поступков, оказывается способным корректировать их. Когда действия ребенка согласованы с представлением о самом себе (*self-concept*), его поведение становится хорошо приспособленным. Игротерапия должна помочь ребенку увидеть, осознать самого себя, свои

достоинства и недостатки, свои трудности и успехи. Этому способствуют сформулированные Акслайн принципы, по которым строится поведение терапевта в ходе недирективной игровой терапии.

Принципы принятия ребенка. Осуществление этого принципа в ходе недирективной игротерапии призвано довести до сознания ребенка, что терапевт полностью принимает его таким, каков он есть. Это достигается дружеской, теплой, не подавляющей ребенка манерой общения с ним.

Терапевт не должен проявлять нетерпения, недовольства или несогласия. Часто ребенку необходимо достаточно длительное время для осознания собственных способностей и умений.

Весьма важным способом осуществления «принятия» ребенка является нейтральная позиция терапевта. Ему не следует не только проявлять неодобрения, но и воздерживаться от похвалы, одобрения, которые также ограничивают свободу ребенка.

Терапевту не следует привлекать ребенка в качестве участника игры. Ребенок должен делать только то, что соответствует его желаниям.

Установление дозволенности. Вторым важным принципом недирективной терапии является внушение ребенку чувств дозволенности. Автор понимает дозволенность как безопасность в отношениях, которая обеспечивается терапевтом в ходе игровых сеансов. Это позволяет ребенку с наибольшей полнотой выразить свои чувства и переживания. Дозволенность устанавливается в действенной и вербальной форме.

Предоставление возможности ребенку самостоятельно выбирать линию поведения. Акслайн подчеркивает, что в ходе терапии ребенок выбирает свой путь сам, а терапевт терпеливо следует за ним. Терапевт может руководить игрой только по просьбе самого ребенка, однако чаще всего он находится вне игры.

Отказ от форсирования терапии. В игровой терапии действует закон «готовности». Это означает, что ребенок тогда выражает свои чувства, когда он созрел для этого. Попытка форсировать этот момент приводит к «уходу» ребенка, к потере контакта с ним.

Принцип отражения чувств. Наиболее существенным модусом поведения терапевта является, по Акслайн, отказ от интерпретации высказываний и действий ребенка. Терапевт должен пользоваться в игре теми же символами, которые использует сам ребенок. Если ребенок в игре говорит о своих проблемах, но относя их к персонажам игровой ситуации, терапевту также следует применять их по отношению к куклам и ни в коем случае не переносить на ребенка до тех пор, пока сам ребенок не сделает этого. Терапевт - зеркало, в котором ребенок видит самого себя.

В результате такого построения терапевтической ситуации ребенок, по мнению Акслайн, получает возможность разыграть (play out) свои напряжения, фрустрации, агрессивные тенденции, неуверенность, страхи. Проигрывая эти чувства, он переводит их вовне, на поверхность, открывает для самого себя. Сталкиваясь с ними лицом к лицу, ребенок обучается осознанию и контролю.

Представителем метода недирективной игровой терапии является также Ф. Аллен (1942). Он считает, что сущность терапии - это те отношения, которые формируются между ребенком и терапевтом. Вся терапия понимается как особый, создающийся в процессе игры опыт взаимоотношений (growth experience), дающий ребенку возможности и способности. Конкретные методические приемы совпадают с указанными выше при разборе терапии Акслайн. Это и отказ от подавления активности ребенка, навязывания ему воли терапевта, и отражения его чувств путем повторения вопросов и действий. Вместе с тем Аллен в значительно большей степени, чем Акслайн, использовал вербальные контакты с детьми, почти совершенно отказываясь от интерпретации конструкций, содержания игры и ее речевого сопровождения. Он писал, что ценность бесед менее всего важна с точки зрения содержания, первостепенное значение имеет само разрешение говорить. Ребенок, которому разрешено высказывать свое мнение, получает право на самостоятельное участие в жизненных ситуациях.

По мнению терапевтов, применяющих недирективный метод игровой терапии, эта техника наиболее показана тем детям, аутистические реакции которых уже прочно устоялись. Этот подход оказывает положительное воздействие на детей, которые проявляют тормозимость, подавленность, чрезмерную или крайнюю враждебность, сверхагрессивность, принося наибольшую пользу по сравнению с другими методами лечения.

Существенно отличается тактика терапевта в директивной игровой терапии. Этот вариант мы рассмотрим на примере исследований нескольких авторов.

Создание дружеских отношений с ребенком, предоставление ему свободы действий и высказываний является также необходимым условием этого метода игровой терапии. Однако основная характеристика директивного метода состоит в создании определенной стратегии терапии, в постановке конкретных задач при работе с ребенком. Эти задачи формулируются на основании наблюдений за спонтанной игрой ребенка, анализа истории болезни, бесед с родителями. В результате терапевт имеет дело с конкретными симптомами, специфическими затруднениями и конфликтами пациента в ходе приспособления к окружающей жизни.

В директивной игротерапии широко используются советы, обсуждения, разъяснения. Терапевт помогает ребенку правильно понять и разрешить возникающие конфликты. Примером директивного подхода к игровой терапии служат так называемые «контролируемые техники», использующие стандартные игровые ситуации.

В «облегчающей терапии» (release therapy), предложенной Д. Леви (1933), терапевт заранее подготавливает необходимый игровой материал, создавая набросок, план игры, как бы предсказывая конфликтную ситуацию. Терапевт также выбирает главных действующих лиц. Ребенку предлагается, добавляя других персонажей и другие атрибуты по своему желанию, организовать тематическую игру. По мнению автора, такая игра помогает освободить ребенка от тревоги, различных страхов, которые связаны с травмирующим опытом.

Обнаруживая эмоциональные трудности в ходе игры ребенка, терапевт строит на их основании свои взаимоотношения с ним на каждом конкретном этапе терапии. После обнаружения эти трудности в игре обсуждаются, затем вычлняются причины, отделяются сопутствующие факторы. Наконец, терапевт предлагает

ребенку несколько вариантов разрешения конфликта, побуждая его к выбору наиболее адекватного из них.

В результате осознания ребенком самого себя и своих затруднений его поведение становится более совершенным и ригидные, неудовлетворительные механизмы адаптации перестраиваются.

В методе «активной игровой терапии» (activ therapy), являющейся вариантом директивного подхода, предложенным Ж. Соломоном (1948), игра ребенка также регламентируется созданными терапевтом ситуациями. Интерес ребенка к игре с этими игрушками и ситуациями стимулируется предложениями типа «давай представим, что...» или «давай поиграем, как будто...». Автор считает, что дети, оценивающие кукол злыми, агрессивными или негативистическими в игровых ситуациях, сами реагируют таким же способом в аналогичных жизненных ситуациях.

В процессе игровых сеансов терапевт обсуждает с ребенком его чувства, эмоции, его действия с игрушками. Например, если ребенок сообщает, что мальчик (кукла) рассердился, терапевту следует расспросить ребенка о причинах, обсудить, как прореагируют на это другие персонажи игры, как в разных случаях следует ребенку поступить и т. д.

В ходе терапии ребенок становится лицом к лицу с такой игровой ситуацией, которая соответствует реальной, вызывающей чувства страха. Однако в игре ребенок встречает эту ситуацию вместе с терапевтом, который создает у него ощущение безопасности. Терапевтом привносятся более адекватные реакции на травмирующие ребенка события. В ходе игровых сеансов дети получают возможность использовать эти новые реакции, и те из них, которые оказываются наиболее адекватными, активно подкрепляются терапевтом. Постепенно ребенок овладевает ими как сильными привычками. Ж. Соломон указывает, что директивная терапия оказывается весьма эффективной в применении к детям, проявляющим повышенную агрессивность, тревожность, реакции регрессии, аутизм. Показано, что с помощью «контролируемых» техник, разработанных Д. Леви, Ж. Соломоном, могут быть элиминированы самые различные детские страхи. Вариантом директивного подхода являются также «реактивные взаимоотношения» (reactive relationship), описанные в книге К. Моустикаса (1972). Сущностью «реактивных взаимоотношений» является определение цели терапии и нахождение наилучшего пути к ее осуществлению. Для этого терапевт отбирает не все и реагирует не на все, а лишь на некоторые моменты поведения ребенка. Реакции терапевта на важные формы поведения ребенка представляют собой вопросы, интерпретации, размышления или определения действия.

Игротерапевт живо реагирует на мысли и чувства ребенка, внимательно слушая его, он обсуждает те предложения, которые выдвигаются ребенком в игре. Ребенок отвечает на реплики и действия терапевта состояниями испуга, гнева, депрессии, тревоги, вины. По мнению автора, такая последовательность взаимодействий создает условия для преодоления эмоциональных трудностей, уменьшает напряжения, способствует исправлению и нормализации поведенческих актов, изменяет чувства и отношения ребенка к себе, к окружающим, к жизни в позитивную сторону. На протяжении всех игровых сеансов терапевт выражает уважение к ребенку и веру в него. Принимая и оценивая все действия и высказывания ребенка, терапевт постоянно поощряет к принятию собственных решений, побуждает к разбору собственных мыслей и чувств, настаивает на том, чтобы ребенок сам управлял своим поведением. Помимо участия в дискуссии терапевт может непосредственно играть с ребенком, действительно подключаясь к его замыслам. Таким образом, в этом подходе главным аспектом терапии является осуществление взаимного реагирования на поведение партнера, возникающего в ходе директивной тактики между ребенком и терапевтом.

Остановимся еще на одном варианте игротерапевтической тактики.

Известно, что в связи с упрочением популярности небихевеиоризма многие психоаналитические понятия были переведены в термины теории обучения (learning theory) и обусловливания (conditioning). Такой «перевод» претерпели также игротерапевтические тактики (Доллард, Миллер, 1950; Леланд, Смит, 1968; Моурер, 1950; и др.).

Кратко изложим тактику терапевта в процессе игровых сеансов, предлагаемую в работе Х. Леланда, Д. Смита (1968). По мнению этих авторов, сознание психически неполноценных детей блокируется. В основе этого явления могут быть самые разные причины, например: органическое поражение или концентрация внимания на внутренних переживаниях, как это имеет место при аутизме. Однако независимо от причин уровень функционирования этих детей лежит ниже способности усваивать сигналы, поставляемые социальным окружением. Поэтому игротерапия должна развить у ребенка осознание социальных стимулов и способностей модифицировать собственные реакции в соответствии с ними. Она должна помочь ребенку продуцировать поведение, приемлемое как для общества, так и для самого индивида. Это достигается в разбираемой терапии контактом с ребенком на доступном ему уровне функционирования.

Второй задачей этой тактики является попытка развить способности ребенка к обучению, по крайней мере в тех пределах, которые определяются личностными нарушениями. Авторы вполне справедливо настаивают на глубоком взаимодействии между изменениями личности, дефектами поведения и интеллектуальными процессами. Леланд и Смит указывают, что решению этих задач способствует комбинация обуславливания и осознания, которая становится главным инструментом игротерапии. Остановимся на этом несколько подробнее. В ходе терапии авторы используют метод поощрения и наказания. Содержание поощрения и наказания диктуется деятельностью ребенка в ходе терапии. Поощрение трактуется как разрешение играть, а наказание - как запрещение игровой деятельности.

Авторы основываются на методе поощрения, потому что любой акт поведения позволяет индивиду ослабить, выпустить напряжение. В тех случаях, когда поведение ребенка не соответствует требованиям терапевта, он останавливает игру, вторгаясь в игровые действия ребенка, задавая ему вопросы. Блокируя таким образом поведение, терапевт преграждает выход напряжения. Предполагается, что ребенок, желая возвратиться к поведению, высвобождающему напряжение, будет пытаться приспособить свое поведение к требованиям терапевта. Терапия состоит по методу «стимул-реакция». Считается, что, вторгаясь в игру и прерывая ее, терапевт оттормаживает

неадекватные и подкрепляет положительные реакции ребенка.

Взаимоотношения терапевта и ребенка существенно изменяются в этом варианте по сравнению с описанными выше. В тот момент, когда ребенок начинает производить игровые действия, терапевт сейчас же просит разъяснить их. Это, по мнению авторов, дает ребенку понять, что терапевт предполагает обсуждать его поведение. Если ребенок дает или пытается дать объяснение, его игра продолжается. Если же ребенок отвечает по типу: «Я не знаю», терапевт вторгается в его активность более глубоко и ребенок начинает понимать, что его активность значительно затормаживается. Накапливаемое в этом случае напряжение заставляет ребенка изменить поведение. В ходе терапии ребенок опробует различные типы активности, он начинает объяснять свои действия терапевту, приходит к пониманию, что он сам способен найти формы активности, не вызывающие наказания.

Авторы называют этот процесс «стимуляция осознания» (*forcing child to think*), в ходе которого становится возможным ускорение развития мыслительных процессов ребенка.

Естественно, предъявляя ребенку такие требования, терапевт должен учитывать уровень развития ребенка, его способности к осознанию и в соответствии с ними строить программу терапии.

Помимо тактики терапевта в игротерапии важное значение приобретает тот игровой материал, который предлагается ребенку, и вся окружающая его в ходе терапевтических сеансов обстановка.

Специфические условия для формирования особых взаимоотношений с ребенком создает игровая комната. Игровая комната должна быть просторной, светлой и уютной, чтобы ребенок мог свободно двигаться, ползать, сидеть. Очень важным условием считается постоянство обстановки в комнате, внесение новых игрушек должно быть всегда обдуманым и оправданным нуждами терапии. Пониманию специфики отношений в ходе терапии способствуют ограничения, с которыми сразу же знакомится ребенок. Так, например, во всех вариантах игротерапии детям запрещается выносить игрушки за пределы игровой комнаты. Наиболее часто используются в игровой терапии такие материалы, как вода, песок, глина, краски.

Неструктурированная природа этих материалов дает возможность использовать их так, что облегчается выражение и проявление сдерживаемых чувств. Действительно, при работе с этим материалом любое, даже неконтролируемое, движение приводит к наблюдаемым изменениям. Благодаря этому облегчается для ребенка осознание связи собственных действий с их результатом, формируется контроль за ними. Кроме того, многие авторы, и в частности Ш. Бюлер (1941), подчеркивают, что в процессе игры с неструктурированным материалом создаются благоприятные условия для установления аффективных контактов, взаимопонимания между ребенком и терапевтом.

Особое значение в игротерапии приобретают структурированные игрушки. Принадлежностью игровой комнаты обязательно является набор игрушек под названием «картина мира» (*world picture*), предложенный для диагностики и терапии М. Ловенфельдом (1939). В него входят миниатюрные фигурки людей, животных, домов, деревьев, мостов, рек, заборов и т. д. Все это предлагается ребенку для свободной игры. Окончательная продукция или «мир» ребенка в миниатюре может состоять из гор и долин, заполненных людьми и животными. Или дети могут изобразить город с реалистическими зданиями, обычными людьми. В некоторых случаях дети изображают фантастический «пустой» город без людей или город, заполненный животными.

Далее терапия строится как обсуждение с ребенком составленного им мира.

Широко используется в терапевтических процедурах игра в куклы (*doll-play situation*). Куклы могут быть выполнены из самого разнообразного материала, размеры их также не ограничиваются. Обычно используются реалистически одетые куклы, которым можно придавать различные положения. Ребенку предлагается стандартная кукольная семья, состоящая из папы, мамы, дочки, сына и маленького ребенка. Этот набор может быть сокращен или увеличен. Чаще всего куклы предъявляются ребенку внутри «домашней» обстановки. Куклы помещаются в пяти-шестикомнатный дом с фиксированными или съемными стенами и без потолка. Иногда ребенку предлагаются блоки, из которых могут быть сооружены стены дома. Дом обычно заполняется всевозможными предметами, копирующими реальные предметы домашнего обихода, которые также могут быть легко переставлены. Иногда вместо дома используется обстановка школьного класса или деревенского двора.

Закljučая обзор некоторых вариантов зарубежной терапии, отметим, что, несмотря на неприемлемость для нас теоретических установок, антиметодологического подхода, конкретные методы работы с аномальными детьми представляются весьма эффективными.

Прежде всего заслуживают внимания выдвигаемые игротерапевтические соображения о дополнительных эмоциональных и личностных дефектах, возникающих из-за неадекватного отношения к детям с психическими нарушениями. Они во многом совпадают с выдвинутой Л.С.Выготским (1956) концепцией о ядерных симптомах и вторичных осложнениях развития аномальных детей. По-видимому, в процессе игротерапии создаются такие отношения с детьми, которые корректируют и в какой-то мере препятствуют образованию вторичных дефектов развития.

Оценивая терапевтическое значение игровых сеансов, Д. Б. Эльконин пишет: «Эффект игровой терапии определяется практикой новых социальных отношений, которые получает ребенок в ролевой игре. Именно практика новых реальных отношений, в которые ролевая игра ставит ребенка как со взрослыми, так и со сверстниками, отношений свободы и сотрудничества взамен отношений принуждения и агрессии приводит в конце концов к терапевтическому эффекту» (1978, с. 111).

Безусловно соглашаясь с такой оценкой, мы хотели бы подчеркнуть важный, с нашей точки зрения, компонент этих новых отношений, заключающийся в контакте с ребенком на доступном ему уровне функционирования.

Действительно, внешняя среда по отношению к ребенку должна оцениваться не в абсолютных, а в относительных показателях, ее следует рассматривать в таком виде, в каком она представляется ребенку

(Выготский, 1933—1934). По существу, в ходе игротерапии окружающая среда и отношения с ребенком в ней подстроены, приспособлены к его возможностям, к его индивидуальному уровню психического развития. Это одно из основных условий, способствующих получению терапевтического эффекта. Чрезвычайно полезной, с нашей точки зрения, является также параллельная работа с родителями детей, посещающих терапевтические сеансы.

Однако развиваемый специалистами по игротерапии подход, по-видимому, не вскрывает всего коррекционно-восстановительного потенциала игры. Терапевтическое значение игры нельзя ограничить лишь созданием условий для свободного и неподавляемого проецирования чувств ребенка. Игра оказывает значительно более важное воздействие на все детское развитие, являясь ведущей деятельностью, создавая «зону ближайшего развития» (Выготский, 1966). Однако «вести за собой развитие» может лишь полноценная деятельность, в тех же случаях, когда игра патологически искажает, она может фиксировать уже сложившиеся патологические черты развития и приводит к дальнейшему формированию патологических новообразований.

Следовательно, коррекционная работа должна прежде всего основываться на изучении уже сложившихся форм игровой деятельности и ее нарушений. И уже на этой основе необходимо нахождение адекватных приемов для формирования полноценной игры как бы в обход ядерных симптомов аномального развития.

Опираясь на результаты анализа игры у детей-дошкольников, страдающих аутизмом, можно указать общие задачи коррекционно-восстановительной работы. Необходима прежде всего разработка приемов для установления постоянного контакта, общения между ребенком и взрослым в процессе игры; формирования устойчивой совместной деятельности; расширения эмоционально значимых для ребенка сфер окружающей действительности; формирования адекватных представлений о функциональных свойствах предметов, развития действия с предметами в процессе игры.

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ КОРРЕКЦИОННЫХ ИГРОВЫХ ЗАНЯТИЙ

В настоящей работе мы пытались выработать и апробировать некоторые приемы, позволяющие установить всесторонние контакты с детьми, проявляющими черты аутизма, и создать устойчивую совместную игровую деятельность с ними. Коррекционные занятия с аутичными детьми, проводимые группой сотрудников под руководством В. В. Лебединского, являются результатом коллективной работы.

Необходимо подчеркнуть, что некоторые приемы носят эмпирический характер, другие обязаны теоретическими положениями, разработанными в отечественной психологии. Изложение методики игротерапии диктуется желанием привлечь внимание психологов к коррекционно-восстановительной работе с детьми, развивающимися в условиях аутизма.

Первый этап. Установление контакта

Несмотря на индивидуальность каждого ребенка, в поведении всех детей, прошедших игротерапию, на первых сеансах выделяется нечто общее. Детей объединяет отсутствие направленного интереса к игрушкам, отказ от контактирования с экспериментатором, ослабление ориентировочной деятельности, страх новой обстановки. В связи с этим для установления контакта было прежде всего необходимо создать условия для ослабления или снятия тревожности, страха. Внушить чувство безопасности, продуцировать стабильную спонтанную деятельность доступного ребенку уровня. Устанавливать контакты с ребенком необходимо только в доступной его возможностям деятельности.

Методические приемы, применяемые на первом этапе игротерапии

Первостепенное значение придавалось наблюдению о том, что больные дети, будучи неспособными к общению на нормальном для их возраста уровне, обнаруживали сохранность более ранних форм воздействия. Поэтому на первом этапе коррекционной работы выявлялись эти сохранные формы контактов и общение с ребенком строилось на их основе. Для этого экспериментатором использовалась тактика выжидания, отказ от речевых контактов, привлекались мимические, ритмические, действенные формы взаимодействия. Отказ от речевых воздействий связан прежде всего с учетом того факта, что любая инструкция, оценка, в том числе похвала, есть ограничение спонтанной активности; так как в этом случае навязывается определенный модус поведения. А это противоречило бы нашей основной цели - всемерному повышению самостоятельности, активности ребенка. Отметим также, что попытки сразу же установить с ребенком речевые контакты либо навязывание определенных видов деятельности без учета доступного самому ребенку уровня коммуникаций могут сразу же создать атмосферу непонимания между взрослыми и ребенком. Более того, в этом случае может повториться и зафиксироваться ситуация «неуспеха», в которой в связи с выраженными психическими нарушениями часто оказывались дети в жизни. А это затрудняло бы установление контакта с ними. Пользуясь терминологией А. Г. Рузской (1974), можно сказать, что взрослый должен поставить задачу общения неотчетливо, не регламентируя конкретные пути ее решения. В этом случае могут успешнее актуализироваться у больных детей ранние, менее совершенные формы контактов. В связи с этим на первом этапе коррекционной работы никаких речевых инструкций не давалось, экспериментатор старался не задавать никаких вопросов, воздерживался от оценок, предоставляя ребенку полную свободу действий. В этот момент было важно, чтобы ребенок понял заинтересованность взрослого и одновременно нежелание мешать, ограничивать его активность. Многочисленные факты совершенно убедили нас в том, что ласковая, одобряющая улыбка, поощрительный кивок головы в описанной ситуации нужны ребенку больше всяких слов.

Методические приемы, применяемые на втором этапе игротерапии

Решение задач игротерапии второго этапа требовало применения иной тактики. Теперь экспериментатор, оставаясь внимательным и дружелюбным к ребенку, активно включался в его деятельность, всячески давая понять, что лучшая форма поведения в игровой комнате - это совместная игра со взрослым. Усилия экспериментатора направляются в этот момент терапии на попытку уменьшения беспорядочной деятельности активности, ликвидации навязчивостей, ограничение эгоцентрической речевой продукции или, наоборот, на стимуляцию речевой активности. Особенно важно подчеркнуть, что формирование устойчивой совместной деятельности проводилось не в нейтральной, а в мотивированной (пусть даже патологической) игре. Предлагались привлекающие детей яркие, зажигающиеся предметы, звуковые игрушки, в игру включались глина, вода, песок. Использование этих предметов создавало условия для обеспечения насыщенного эмоционального общения между экспериментатором и ребенком, обогащало фонд положительных переживаний. Созданию разнообразных положительных эмоций в процессе игровых занятий придавалось особое значение. Это связано с тем, что по данным изучения ранних форм общения между ребенком и взрослым (Щелованов, 1938; Кистяковская, 1970) положительные эмоции, возникающие у детей в ходе насыщенного эмоционального общения, оказывали тормозное, угнетающее воздействие на отрицательные переживания. Поэтому использование лично-значимых, привлекательных для детей предметов, подвижные игры, свободная и дружеская атмосфера игровых занятий способствовали продуцированию у детей положительных эмоциональных переживаний, блокирующих патологически обусловленные отрицательные эмоции, позволяли преодолевать страхи. Игры с водой, песком и любимой игрушкой неизменно вызывали у больных детей повышение общего тонуса. Обогащалась эмоциональная окраска действий, на обычно амимичных лицах детей появлялась улыбка, пассивность сменялась оживлением. Часто манипулируя глиной или плеская руками в воде, дети впервые начинали пользоваться речью. И наоборот, структурированный материал при организации продуктивной деятельности значительно уменьшал расторможенность, суетливость, снижал количество аутистической, разорванной речи и удерживал ее вокруг реально производимых действий. У других детей включение лично значимых игрушек позволяло создать устойчивую, хотя и простую сюжетную игру.

В некоторых случаях для создания совместной с экспериментатором и целенаправленной игры эффективным было одновременное применение неструктурированного материала и лично значимой игрушки. В этом случае песок или вода стабилизировали беспорядочную активность ребенка, а сюжет игры строился вокруг любимого ребенком предмета. В дальнейшем к игре с привлекательными игрушками подключались новые предметы, экспериментатор побуждал ребенка к действиям с ними. Таким образом расширялся диапазон предметов, с которыми дети устойчиво играли. Экспериментатор помогал детям организовать сюжетную игру, привлекал к адекватному использованию функциональных игрушек. Одновременно осуществлялся переход к более совершенным способам взаимодействия, формировались речевые контакты. В результате удавалось создать достаточно устойчивую и совместную игру с экспериментатором, а иногда и с другим ребенком.

Учитывая, что создание парной деятельности на уровне общих правил игры или единого сюжета оказывалось сначала неэффективным, мы ограничивались объединением действий детей вокруг одного предмета. Например, дети играли с одним куском глины, с одним сосудом с водой, с мячиком. В этом случае возникала необходимость по крайней мере в действенной форме сочетать свою активность с действиями партнера. Важное значение приобретает и выбор партнера. В наших экспериментах партнерами были здоровые дети, которые на предварительном игровом сеансе познакомились с игрушками.

Поведение детей на конечных игровых сеансах

В результате проведения игровых занятий в ряде случаев удавалось существенно изменить поведение детей. Прежде всего это выражалось в отсутствии всякого опасения или страха. Дети чувствовали себя естественно и свободно. Они становились активными, подвижными, эмоциональными. В поведении появлялись черты заинтересованности. Однако главное изменение заключалось, конечно, в том, что дети контактировали с экспериментатором или партнером по игре, регулировались инструкциями. Многие дети, проявляющие мутизм, начинали пользоваться речью. Расширялось число используемых игрушек, обогатился действенный план игры за счет увеличения предметных игровых действий.

*Всероссийский центр психического
здоровья (Башинской)*

*г. 117-81-47 м. "Каширская"
Каширское шоссе, 34
стационар, по направлению.*

В. М. Башина, Н. В. Симашкова

К ОСОБЕННОСТЯМ КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ

В настоящее время ранний детский аутизм (РДА) рассматривают в кругу диссоциированного дизонтогенеза,

одним из кардинальных проявлений которого являются нарушения развития речи. Л. Каппег (1943) к одному из проявлений синдрома аутизма отнес искаженное развитие речи с только ему присущим использованием глагольных форм и местоимений по отношению к собственной личности. Он выделил так называемую запоздалую эхолалию, проявляющуюся в буквальном повторении вопросов с сохранением не только слов, но и интонаций. L. Bender (1952) описала своеобразное «деревянное», «чревовещательное» качество речи, механические модуляции голоса, особенности его высоты и тональности при этом виде патологии.

В. Hermelin и N. O'Connog (1970), изучая особенности речи, мышления у детей с аутизмом и задержками развития на фоне недостаточности слуха и зрения, пришли к выводу, что первые не интегрируют текущий опыт с предшествующими схемами и представлениями, а запоминание, «эхоящик» у них лучше, чем у последних. При этом текст со смысловым содержанием ими запоминается не на много лучше, чем бессмыслица. У детей с аутизмом также снижена оценка грамматического строя речи.

T. Shapirou и G. Ginsberg (1971), анализируя качественные и количественные различия речи детей, больных РДА и отстающих в развитии, выявили преобладание эхолалий в речи первых и значение подражания для вторых. По их мнению, наиболее характерным для речи детей с аутизмом является одновременное сочетание «жаргона», «неполной» и «зрелой речи». В. М. Башина (1974) объяснила это явление тем, что для страдающих аутизмом свойственны неравномерность созревания речевой и других сфер деятельности, нарушение иерархических взаимоотношений между простыми и сложными структурами в пределах каждой функциональной системы, отсутствие явлений вытеснения, как это происходит в норме, примитивных структур сложными. По этой причине, в пределах каждой сферы деятельности (речевой, моторной и др.) наблюдается хаотическое переслаивание примитивных и сложных функций, что и отличает их от нормы. Именно в этих явлениях, как считает автор, находит свое отражение расщепление развития личности, ее диссоциация.

Отдельные специалисты подчеркивали, что такие речевые нарушения, как искажение грамматических форм в фразах, отсутствие логической связи между отдельными фразами, фрагментарность, разорванность ассоциаций, характерных для РДА, свидетельствуют о выраженных нарушениях мышления. Наличие и прогностическое значение лингвистико-когнитивного дефекта при РДА подтвердили клинико-катамнестические исследования. Считается, что когнитивные нарушения составляют основу дефекта при РДА, при этом патология его речевого развития - его центральную часть. Речевой дефект заключается в нарушении понимания устной речи, осознания смысла прочитанного, что ведет к резкому отставанию речевого развития, а следовательно, и к социальной отгороженности.

Для преодоления лингвистико-когнитивного дефекта у больных с ранним детским аутизмом нами разработан ряд специализированных коррекционных программ. Исследование проводилось на базе впервые открытого в России полустационара для детей с РДА при НИИ клинической психиатрии НЦПЗ РАМН. За период 1984—1993 гг. в нем получили помощь 290 больных (230 мальчиков и 60 девочек) 3—7 летнего возраста с проявлениями раннего детского аутизма разного генеза (РДА типа Каннера, Аспергера, РДА постпроцессуальный, в форме аутистической псевдопсихопатии и псевдодефектных состояний, РДА органического генеза, при синдроме Ретта, а также X-ломкой хромосоме). Таким образом, нами были охвачены дети с типичным, атипичным аутизмом, синдромом Ретта (исходя и из классификации аутизма по проекту Международной классификации болезней X пересмотра).

Реабилитация базировалась на клинико-нозологической концепции формирования указанных типов раннего детского аутизма и была направлена на восстановление поврежденных в болезни основных сфер личности, коррекцию асинхронного развития ребенка, его социализацию, психическое и соматическое оздоровление, на подготовку ребенка к переводу в общественное учреждение типа сада, школы, либо более высокое приспособление больного ребенка к жизни в домашних условиях, и созданию возможности социализации и трудоустройства матерей этих групп больных детей.

Принцип обучения заключался в систематическом проведении коррекционных мероприятий на уровне всех реабилитационных блоков (психиатрами, психотерапевтами, логопедом, педагогами-дефектологами, психологом, музыкальным терапевтом и др.). С каждым ребенком занимались ежедневно индивидуально, а затем в небольших группах детей с относительно близким психическим и речевым развитием. При этом ведущее место отводилось развитию речи и моторики, как основным средствам коммуникации.

Начальный этап работы заключался в адаптации больного ребенка к новым условиям, привыканию к месту, под прикрытием фармакотерапии. Почти сразу стремились определить психический возраст больных, уровень развития основных сфер личности, вычисляя разницу между их наличным состоянием и истинным, соответствующим хронологическому психическому возрасту.

Как казалось, у большинства детей была хорошо развита крупная моторика, однако обнаруживались затруднения координации, дети выглядели неуклюжими, у них отсутствовали судорожные движения, моторная умелость, мелкая моторика отставала от возрастного уровня. Обнаруживался дефицит зрительного и слухового направленного внимания, наблюдалась потеря обоюдных контактов со сверстниками, утрата привязанности к близким, общее снижение активности.

Изменения речи у детей с РДА были весьма разнообразны, включали в себя нарушения различного генеза и разного патогенетического уровня: 1) нарушения речи как следствие задержанного развития (косноязычие, физиологическая эхолапия, бедность запаса слов и др.); 2) речевые нарушения в связи с задержанным становлением сознания Я в виде неправильного употребления местоимений и глагольных форм; 3) речевые нарушения кататонической природы (вербегерации, эхолалии, эгоцентрическая, затухающая, внутренняя речь, мутизм, скандирование, растянутое или ускоренное звукопроизношение, паралингвистические нарушения тональности, темпа, тембра речи и др.); 4) психического регресса (появление речи довербального фонематического уровня); 5)

расстройства речи, связанные с патологией ассоциативного процесса (нарушения смысловой стороны речи в виде незавершенных, непоследовательных ассоциаций, контаминаций и др.).

Таким образом, у больных с ранним детским аутизмом отмечалась, так называемая «диспраксия развития». В коррекционной работе, направленной на преодоление «глобального дисбатанса» всех сфер деятельности, в первую очередь мы опирались на положение о том, что морфологическое и функциональное формирование речи в онтогенезе совершается под влиянием кинестетических импульсов, и, в особенности, на тот факт, что влияние проприоцептивной импульсации значимо преимущественно в детском возрасте, в периоде физиологического формирования речевой и моторной областей головного мозга. Учитывался эволютивный потенциал физиологически заноженной способности к дальнейшему развитию, а значит и большей возможности восстановления функций.

На начальных этапах большое место отводилось массажу кистей рук, кончиков пальцев рук и ног, предплечий, массажу лицевой мускулатуры, подъязычной, шейной области, стоп, со стимуляцией активных речевых точек. На фоне проводимого массажа движения пальцев становились более четкими, дифференцированными, приближался к норме мышечный тонус кисти, улучшалась способность к проведению более сложных движений и действий.

Далее отрабатывалась наиважнейшая для аутистов реакция оживления и слежения, умение следить взглядом за движением собственной руки, за предметами, предлагаемыми врачом и захваченными рукой ребенка.

Отрабатывая указательный жест, пассивно охватывали указательный палец ребенка, касались им объемных предметов, оконтуривали их и называли. Используя указательный жест у ребенка, мы опирались на тот факт, что в норме общение жестами предшествует развитию вербальной речи, от жеста к слову шло и восстановление речи у обследуемых детей. На этом этапе коррекции, в процессе манипуляции с предметами, стремились развить не только тактильное, но и мышечное, кинестетическое, зрительное, слуховое их восприятие, отработать связи между всеми видами движений, действий, восприятием предметов и их словесным обозначением. В дальнейшем для закрепления комплекса «глаз-рука» и развития мелких мышц кисти, проводился ряд специальных подвижных игр с пальцами рук и ног в виде поочередного сжимания, разгибания, раздвигания, складывания, соединения их особым образом, оконтуривания пальцев, касание ими частей тела. Обязательно сопровождали эти движения словесными потешками, четверостишиями, пением (т. е. использовали не только прямую, но и обратную афферентацию в речевые и моторные центры головного мозга).

Для углубления и отработки тактильных и эмоциональных контактов, развития осязания проводили ряд приемов типа поверхностных массажных пассивов. Ребенка поглаживали, похлопывали, с силой охватывали его руки, прижимали его к себе, прикасались к его голове, телу (для усиления ощущений использовали иногда массажер). И, наоборот, учили ребенка осязать, касаясь его руками головы, лица, плеч, рук взрослого, прижимаясь щекой к щеке ребенка, придавали ему различные позы. Все эти действия комментировались речью. Матери предлагали проделывать те же пассивы в домашней обстановке; при ежедневном купании, вытирании ребенка. После подобной подготовки у большинства детей восстанавливалась ориентировка в себе и окружающем. Дети переставали бояться окружающих предметов, живых существ, пытались прикоснуться к ним, хотя на первых порах не всегда соотносили силу касания с силой, необходимой для познания окружающего.

На следующем этапе проводилась работа по воспитанию гнозиса и праксиса, необходимых в познании предметов, их формы, объема, величины, окраски. При этом исследователь всегда использовал зрительно-моторный комплекс. Предметы обводились указательным пальцем ребенка, им давалась словесная квалификация, определялись свойства предметов. Постепенно ребенок с помощью указанных приемов, начинал опознавать и называть отдельные предметы (кубик, шар и т. п.). После чего приступали к конструированию этих же предметов из частей, предварительно наглядно показывая порядок действий, не сразу вводя новые образцы.

Больные РДА с трудом переходили от восприятия реальных объектов к пониманию их плоскостного изображения. Поначалу узнавали лишь незакрашенные контуры знакомых предметов, затем им становилось доступно восприятие плоскостного изображения предмета в одной цветовой гамме. Цветные сюжетные картинки (их целостный сюжет) они долго не воспринимали, определяя словесно только отдельные компоненты или части разно окрашенных предметов. Для лучшего восприятия плоскостного изображения предметов использовали разрезание их на части и складывание в нужной последовательности. При этом всегда к зрительному познанию подключали тактильное, кинестетическое. Для чего использовали осязание их пальцами и перемещение в пространстве. Многократное воссоединение плоскостного изображения из частей постепенно приводило к осознанию его целостного изображения и словесной идентификации. Закреплению образов предметов и памяти ребенка, а также для развития мелкой моторики, речи способствовали занятия по аппликации, рисованию, лепке.

Итак, восстановление и развитие речи шло последовательно. Вначале в манипуляции с игрушкой формировалось тактильное восприятие, затем зрительное понимание предмета, после чего предмет определялся словесно (т. е. привлекался ряд анализаторов) и формировалось соотношение словесного определения с конкретным предметом. На следующем этапе добивались того, чтобы ребенок услышанное слово научился правильно произносить (воспроизводить). Для этого делили слово на слоги, многократно повторяли начальные, последние и ударные слоги, после чего сливали их в необходимое слово. Обучали умению спонтанно воспроизводить словесные штампы. У всех детей выявлялась тенденция к повтору слов. Словарный запас расширяли постепенно. При накоплении штампов наступал «прорыв» в спонтанной речи.

Для максимального увеличения понимания сокращали и упрощали форму языка - его грамматику. Этого добивались путем уменьшения длины фраз, обращения отдельными словами («сядь», «встань»), короткими, а затем и более распространенными предложениями. В интересах упрощения языка и облегчения его понимания ограничивались ключевыми словами в предложениях, несущими в себе основной поток информации. Второстепенные слова опускали. От занятия к занятию постепенно усложняли содержание языка, переходя от

простых, конкретных, видимых вещей и действий к абстрактным. Одни и те же вопросы задавали многократно и без изменения содержания, дословно. Проводили словесную подготовку изменения обращений, уделяли пристальное внимание на целесообразное время переключения. Язык жестов упрощали в той же последовательности, что и словарный язык. В общем обращении язык жестов и словарный язык были точно одинаковыми (наглядно-действенными). Например, говорили: «Надень ботинки» и то же показывали жестами.

По мере развития языкового понимания предложения становились все более распространенными и сложными по структуре. Шло обучение фразам с помощью изображенных на картинке событий. Слова сочетали с определенной ситуацией. Приступали к составлению целого рассказа и по отдельным картинкам и их сериям. Далее проводились занятия со связанным текстом, состоящие из бесед на определенные темы, пересказа, драматизации, проигрывания той или иной темы, а также работа над стихотворной речью, ее плавностью, громкостью, тональностью. При этом большое внимание уделялось логоритмике с элементами эвритмии.

Очень существенным разделом работы являлось развитие слухового внимания, фонематического и речевого слуха. С этой целью проводились голосовые, мимические упражнения, осуществлялась постановка и автоматизация звуков.

Детей пытались обучить навыкам разговора (социальному использованию речи), предлагая тематику интересную и важную для ребенка.

В дальнейшем последовательно переходили от индивидуального обучения к занятиям небольшими группами с детьми примерно равного интеллектуального развития. Проводили занятия на доступном для большинства детей уровне. При этом старались ребенку с высоким уровнем понимания направить дополнительную информацию и, наоборот, снижали объем информации, предназначенный ребенку с более низким уровнем развития. Например, во время рассказа обращались ко всей группе: «Смотрите, девочки играют в мяч». «Девочка играет» или «мяч» - для слабого ребенка. «Девочка бьет по мячу, мальчик ловит мяч» - для сильного. Дети активно стремились на групповые занятия с логопедом, психиатром, радовались успехам, смягчались аутистические тенденции в поведении, развивалась эмоциональная сфера. Они начинали помогать друг другу в выполнении заданий, формировались навыки игры.

Основной принцип обучения заключался в постоянном проигрывании речевого общения по изучаемой теме на групповых занятиях с логопедом, закреплении полученных знаний в игре с педагогом, психотерапевтом, в домашней обстановке с родителями.

По мере проведения индивидуальных и групповых занятий по развитию речи, речь больных становилась все более понятной и коммуникативной. Сначала появлялись звуки, имеющие лишь касательство к текущему контексту, затем увеличивалась слабо соответствующая контексту речь. От эхоречи аутичные дети переходили к произвольному употреблению слов, от обращений, простого названия предметов, демонстративных фраз («это мама», «это кукла») - к распространенным фразам в настоящем времени.

И все же, несмотря на проводимую коррекцию, у большинства детей накопившиеся фрагменты речи длительное время ригидно ограничивались, больные были неспособны ввести уже усвоенные фразы-штампы в новые предложения, использовать их в новом контексте. На социальном и символическом уровне почти не было передачи информации.

С трудом формировались временные соотношения, не было ответов в прошедшем и будущем времени.

Изучение полученных результатов (положительная динамика наблюдалась в 2/3 наблюдаемых нами случаев) показало, что особая речевая терапия является одной из важнейших в коррекции аутистического поведения, эмоционального и психического недоразвития у больных с ранним детским аутизмом.

Институт коррекционной
педагогической (Нинеловская О.С.)
Т. 245-11-83 м. Фрунзенская
Т. 246-06-27 119121, ул. Петродовская
здание д.8, корп.1.

К. С. Лебединская, О. С. Никольская, Е. Р. Боенская и др.

РАБОТА ПО РАЗВИТИЮ РЕЧИ

Нарушения формирования речи таких детей являются одним из результатов общего нарушения развития, активного взаимодействия с окружающими и близкими людьми.

Речевые расстройства, будучи в значительной мере следствием нарушений общения, в свою очередь еще более усугубляют затруднения в контакте с окружающим. Поэтому работа по развитию речи должна начинаться как можно в более раннем возрасте и проводится с учетом варианта речевого развития детей с РДА.

Первый вариант представляет наибольшие трудности в коррекционной работе по развитию речи. Как указывалось, здесь наиболее выражены глубина отрешенности от внешнего мира, отсутствие целенаправленного поведения. Эти дети мутичны. Но несмотря на отсутствие речи, остаются вокализации без обращения, бормотание, а

в состоянии аффекта у ребенка могут неожиданно вырваться отдельные слова и даже фразы.

Существуют специальные приемы активации речи таких мутичных детей. Вслушиваясь в поток их вокализации, взрослый должен четко повторять слова, которые смазано произносит ребенок. Внимательно прислушиваясь к бормотанию ребенка, взрослый может уловить в этом потоке обрывок или целое слово. Необходимо использовать любую возможность соотносить произносимые слова с конкретным предметом. Например, ребенок невнятно бормочет слово «хлебушек»; взрослый дает ему кусочек хлеба, при этом четко и эмоционально выговаривает это слово. Четкой должна быть и артикуляция, это способствует развитию у ребенка правильных артикуляторных движений. Также следует называть, обозначать и те предметы, действия, которые хотя бы на мгновение привлекают внимание ребенка, на которых он задерживает свой взгляд.

Речевую активность таких детей стимулируют восклицания в виде междометий, звукоподражательных слов: ребенок задержал внимание на капающей из крана воде - взрослый тотчас комментирует: «Кап-кап». Обычно не сразу, но ребенок тоже начинает повторять «Кап-кап». В дальнейшем вызываемая эхолалия усложняется: «кап-кап водичка», «кап-кап дождик».

Выразительные жест, артикуляция взрослого облегчают восприятие слова ребенком.

Хотя игра таких детей сводится к простому манипулированию, она тоже должна быть использована для развития речи.

Так, мутичного ребенка привлекают различные вращающиеся предметы. Взрослый вращает на столе маленький деревянный волчок красного цвета. Когда волчок падает на пол, взрослый восклицает «Ой!» Если ребенок уже повторяет восклицание, комментарий усложняется: «Ой! Упал» и далее по мере усвоения «Ой, волчок упал!», «Ой! Красный волчок упал!». Потом в игру вводятся другие предметы, которые тоже («случайно») падают со стола, и в дальнейшем вместо «упал» появляются «спрыгнул», «соскочил», «убежал».

Несмотря на большие затруднения в преодолении мутизма, необходимо помнить, что такой ребенок понимает гораздо больше, чем может выразить. А поэтому очень важна подобная работа по объяснению ему смысла происходящего, постоянной информации об окружающих, взаимоотношениях людей и т. д. Наш опыт показывает, что даже мутичные дети могут достичь значительных успехов в формировании внутренней речи, которая явится опорой для развития другого речевого канала коммуникации - чтения и письма.

Не дожидаясь оформления у мутичного ребенка звуковой речи, следует приступить к обучению его чтению и письму.

Следует заметить, то несмотря на интенсивную работу по развитию звуковой речи, формируется такая речь не у всех детей. В этом случае письменная речь становится единственной формой контактов с окружающим миром и его познания.

Для *второго варианта* речевого развития при РДА характерна грубая задержка формирования речи: активный словарь ограничивается немногочисленными стереотипными словами и фразами. Речевая активность у этих детей низкая, побуждений к речи не возникает.

Контакты с таким ребенком сначала возникают на доречевом уровне. Но в процессе общей эмоциональной активации взрослый усиливает и общую речевую активность ребенка, его готовность речью реагировать на происходящее.

Уже в первых совместных эмоционально тонизирующих играх активизируются речевые проявления детей. Возникают звукоподражания, эхолалии. Иногда ребенок повторяет услышанную фразу или слово не сразу, а спустя довольно значительное время. Активируя формы стереотипного поведения, адекватного играм и бытовым условиям, взрослый вооружает ребенка и различными формами речевого поведения. Путем введения во фразу все более детального отражения происходящего вокруг развивает развернутую фразу у ребенка. Например, первоначальная фраза «Дай мяч» становится затем фразой «Дай скорее красный мяч».

Речевая активность легко стимулируется знакомыми стихами и песнями, любимыми сказками. Крайне стереотипичные в поведении, эти дети очень любят бесчисленное количество раз прослушивать одни и те же грампластинки или просматривать диафильмы; все это может и должно использоваться в развитии речи. Ребенок часто эхолалически воспроизводит слова, фразы и даже значительные фрагменты из прослушанного, не соотнося смысла своей речи с реальной ситуацией. Взрослый должен хорошо знать запас эхолалических слов и фраз ребенка, сам провоцировать их употребление, но уже в соответствии с требованием реальной ситуации. Например, если ребенок знает наизусть «Мойдодыр» К. Чуковского и время от времени невпопад цитирует фрагменты из него, взрослый систематически повторяет, ведя ребенка к умывальнику: «Надо, надо умываться по утрам и вечерам!».

Важно помнить о том, что в начале дети активно отвергают какие-либо изменения в привычных им фразах, но в условиях эмоционального подъема они менее болезненно реагируют на вторжение в свои речевые стереотипы, а иногда подхватывают новое и закрепляют его в речи.

В работе по развитию речи необходимо использовать те объекты, к которым ребенок в настоящее время более всего привязан. Например, если ребенок любит ездить в метро и эхолалично повторяет названия станций, можно построить сюжетную игру, в которой, учитывая привязанность ребенка, легче сформировать элементы спонтанной речи. Рассматривая открытки с видами метро, можно вызвать ребенка на беседу: это может быть как воспоминание о прошлых поездках, так и планирование будущих. В беседу на актуальную для ребенка тему произвольно вводятся новые для него слова и фразы. В ближайшее время после такого занятия необходимо закрепить достигнутый уровень контакта и продвижения в речи совместной экскурсией, рисованием, которое сопровождается комментарием. В дальнейшем на основе той же тематики усложняется фраза и расширяется словарь.

И при этом варианте речевых расстройств обучение ребенка чтению следует начинать еще до выхода его на уровень спонтанной речевой активности. Это будет способствовать более быстрому формированию речи.

Следует, однако, отметить, что обучение чтению представляет здесь значительные трудности. Такой ребенок активно негативен, а если уж удалось освоить какой-то элемент обучения, то к следующему он переходит с большим трудом. Эти сложности легче преодолеваются, если использовать метод глобального чтения. Обучения традиционным послоговым методом, как правило, менее успешно, так как эти дети застревают на стереотипном проговаривании слогов. Если же слияние слогов в слова и достигается, то ребенок делает это чисто механически, смысл прочитываемого остается непонятым.

Сущность обучения глобальному чтению состоит в том, что с самого начала слово дается ребенку целиком и прочтение подкрепляется одновременно предъявляемым ярким, красочным наглядным материалом. В дальнейшем тот же материал закрепляется в игре, в быту, в устной речи. Подбор слов производится для каждого ребенка индивидуально, с учетом его интересов и пристрастий, но необходимо учитывать и сложность слова (количество слогов, особенно произношения, доступность содержания).

Главная задача состоит в том, чтобы ребенок эмоционально осмыслил, понял, *что такое* чтение. Если это удастся, процесс обучения значительно облегчается.

На этапе самостоятельного построения фразы (который обычно достигается после длительной работы) предстоит коррекция грамматического строя речи. Эти дети долго не употребляют предлоги, с трудом усваивают понятия единственного и множественного числа, изменения по падежам и др. (тогда как в эхолалической речи все грамматические нормы соблюдаются ими идеально). Усвоение грамматических норм языка осуществляется главным образом на основе практических действий. Пример: игра в прятки, взрослый прячется вместе с ребенком за столом, под столом (взрослый шепчет эти слова ребенку); вместе накрывает на стол для всей семьи: «Вот маме ложка, вот папе ложка, вот ложка тебе - у нас теперь три ложки».

Речевое воспитание включает и формирование диалогической речи, но у этих детей диалогическая речь самостоятельно не развивается. Они не отвечают на вопросы и сами никогда их не задают. Если ребенок научился читать, то подобранный в русле его интересов и влечений текст облегчает развитие внимания к слову и дает возможность ответа на вопрос.

Очень часто у детей с этим вариантом речевого развития встречаются нарушения звукопроизношения. Важно выяснить, с чем они связаны: с малой речевой практикой и недостаточной психической активностью, с недоразвитием фонематического слуха или другой неврологической патологией. Однако торопиться с исправлением дефектов звукопроизношения в любом случае не следует, так как сосредоточение не на смысловой, а технической стороне речи может затормозить развитие и коммуникативной функции.

Специфика работы по развитию речи при *третьем варианте* этой патологии иная. Такие дети, казалось бы, не имеют речевых проблем: у них, как указывалось, часто большой словарный запас, «взрослая» фраза, нередко - литературная речь, способность произносить длинные монологи на интересующие их темы. Они буквально «заговаривают» своих близких. Но богатая речь таких детей несет в основном аффективную функцию, в монологах они стереотипно проигрывают свои фантазии, страхи, влечения. Когда же приходится строить гибкое речевое взаимодействие, поддержать диалог, они замолкают или отвечают односложно. В этом и состоят основные трудности речевого развития этих детей.

Монологи такого ребенка обычно мало связаны с конкретной ситуацией общения. Поэтому взрослые чаще всего оставляют их без внимания. Между тем следует, внимательно вслушиваясь в речь ребенка, найти хотя бы частичную возможность перевода монологической речи в диалог.

Работа по формированию диалога начинается с внимательного выслушивания взрослым монолога ребенка. Как правило, такой ребенок рад появлению собеседника. Его монолог постепенно становится направленным на другого, то есть приобретает коммуникативную функцию. Взрослый может постепенно начать задавать вопросы и уточнять подробности, предлагать свои варианты объяснений происходящего. В русле этой темы ребенок «слышит» собеседника и отвечает ему направленно. Так рождаются первые формы диалога. После длительного периода такой совместной работы появляется возможность активно влиять на ход рассуждений ребенка, не вызывая его протеста. Следующий этап развития диалога - его произвольное построение, когда ребенку предлагается продолжить сочинение начатой взрослым сказки или игры, а на определенном этапе суметь снова передать развитие сюжета взрослому. Для этого используются сверхценные интересы ребенка, на которые взрослые активно и доброжелательно обращают внимание. Пример: у мальчика раннее развитие речи, его сверхценные интересы сосредоточены на мире животных: он знает о них много стихов и даже реальных сведений. Но, к сожалению, это единственная тема его длиннейших монологов и многочисленных рисунков. Ребенок не в состоянии выслушать обращенную к нему речь, если она не касается его интереса, его речь часто не связана с конкретной ситуацией. Игры с ним первоначально включали сюжеты только о животных. Постепенно игра видоизменялась таким образом, чтобы ее участником и героем становился сам мальчик, а в дальнейшем в сюжет игры вводились и другие действующие лица - люди. Разрабатывались игровые ситуации, связанные с жизнью ребенка, с окружающим его миром - все это способствовало развитию разнообразия диалогической речи.

В дальнейшем развитию диалогической речи помогает и обучение, но и оно - особенно на начальных этапах - основывается на сверхценных интересах и пристрастиях ребенка: если объектом его пристрастий являются, например электроприборы (это встречается очень часто), то используется именно эта тематика. Формы работы могут быть разными: это подбор книг с соответствующим сюжетом, рисование на эту тему, лепка, игры с электроконструктором, в ходе которой стимулируется направленное речевое взаимодействие. Ребенка необходимо упражнять в целенаправленном речевом действии, все это время побуждать, объяснять, обосновывать свои конкретные требования.

В ряде случаев у этих детей отмечаются нарушения голоса, которые выражаются в «рубленности», скандированности слов и фраз. Иногда дети начинают говорить излишне быстро, с утрированно эффектными

интонациями, проглатывают звуки и слоги, не договаривают слова, -речь становится невнятной. Такая речь может легко закрепиться.

Важно вселить в ребенка уверенность, что он будет выслушан до конца, никогда не обрывать его речь, не отворачиваться, когда он говорит. На данном этапе важно помнить, что речевая среда таких детей должна быть спокойной, содержать как можно меньше напряженности.

При *четвертом варианте* речевого развития при РДА взаимодействие со взрослыми развивается легче и быстрее, но выраженная сензитивность детей этой группы требует большой осторожности в стимуляции речевой деятельности. На начальных этапах представляется целесообразным опосредованное включение взрослых в речевое взаимодействие с ребенком (переговорная трубка из бумаги, игрушечный телефон, компьютер и т. д.). Нельзя требовать от ребенка сразу грамматически правильной речи. Более важным является ее самостоятельность, спонтанность. Учитывая частый регресс речи в возрасте 2—2,5 лет или по крайней мере значительную задержку речевого развития у таких детей, а также относительно высокий уровень самосознания (в том числе, способность осознать собственную неполноценность), необходимо построить работу так, чтобы она вселяла в ребенка уверенность в своих силах. И здесь лучше всего активизировать речь ребенка в процессе игры, повышающей психический тонус. Она раскрывает нередко высокие потенциальные возможности интеллекта таких детей. Замечено, что у них очень часто проявляется интерес к музыке, технике. На этой основе следует сначала попытаться активизировать этот интерес до уровня пристрастия, на котором у ребенка возникает желание действовать на собеседника и уверенность, что он сможет разумно убедить взрослого в своих требованиях. В активном речевом взаимодействии ребенок осваивает все более сложные логические и грамматические конструкции. И здесь особенно важна адекватность ответного реагирования: партнер должен показать ребенку, что его логические аргументы (пусть самые наивные) достигли цели - выполнить его просьбу, похвалить, подчеркнуть убедительность его аргументов.

Нарушения звукопроизношения встречаются у таких детей очень часто, но по тяжести эти нарушения незначительны. С исправлением этих дефектов торопиться не следует, потому что интенсификация речевой активности, накопление речевого опыта обычно приводит к самопроизвольному устранению этих дефектов, слишком же ранняя коррекция звукопроизношения методами традиционной логопедии, как уже указывалось, отрицательно сказывается на развитии речи ребенка в целом.

Подготовка к обучению в школе, привитие навыков чтения и письма в значительной мере помогает и в развитии речи. Но проводится она должна также в игровой ситуации.

Есть ряд общих рекомендаций по речевому развитию аутичного ребенка, выполнение которых важно по отношению ко всем аутичным детям, независимо от варианта их речевых расстройств.

Так, необходимо много разговаривать с ребенком, объясняя ему происходящее вокруг, говорить новые слова, применять их в аффективно значимой ситуации. Постоянная же очевидная для ребенка проверка, усвоил ли он это слово или нет, может, наоборот, затормозить его речевую активность.

В обыденной жизни необходимо постоянно вовлекать ребенка в обсуждение планов на предстоящий день, обговаривать их в процессе исполнения, вечером вспоминать, оценивать прошедший день. Полезно вместе с ребенком рассказывать тем членам семьи, которые вернулись домой с работы, как прошел день.

Затем надо постепенно переходить к составлению планов на более длительные сроки, поощряя активность, самостоятельность ребенка в их разработке. Для этого целесообразно вовлекать ребенка в совместную подготовку к праздникам, семейным датам.

Успешное речевое развитие ребенка, как правило, способствует уменьшению его импульсивности, формированию целенаправленности. Если ребенок лишается возможности непосредственно действовать и ставится перед необходимостью реагировать на происходящее только с помощью речи, он, как правило, начинает лучше понимать ситуацию в целом, ее социальный смысл.

Так, ребенок, начав с азартом играть со взрослым в мяч, адекватно реагирует на физические действия старшего. Но несмотря на многократные объяснения, он может долго не понимать задачи игры. Тогда ребенку предлагается роль судьи. Взрослый, силой удерживая его от вмешательства в игру, дает ему образцы реакций судьи, его речевых оценок игры. Когда ребенок получает возможность исполнять роль судьи самостоятельно, это кардинально меняет его собственное поведение в игре. Теперь он может начать стараться выполнять правила, стремиться выиграть.

Огромное влияние на дальнейшее развитие целенаправленной деятельности оказывает появление у аутичных детей возможности речевой регуляции своих действий, речевого планирования. Эта функция речи у них не развита. Для упражнения ее, ребенку предлагается сначала руководить действиями взрослого. Один из взрослых вместе с ребенком прячут игрушку и приглашают своего партнера с завязанными глазами найти ее под диктовку ребенка. Ребенку ставится задача объяснить, как пройти к игрушке человеку, который ничего не видит. Образцы объяснений, конечно, сначала ему дает взрослый. Партнер должен подчеркнуто зависеть от ребенка, точно подчиняться его инструкциям.

К. С. Лебединская, О. С. Никольская, Е. Р. Боевская и др.

НЕОБХОДИМЫ ОБЩИЕ УСИЛИЯ

Успех социальной адаптации аутичного ребенка, занимающегося в коррекционной группе либо другом специальном учреждении, тесно связан с возможностью координации действий родителей, врача, психолога и педагога. В связи с этим необходимо подробнее рассмотреть, как строится взаимодействие между специалистами и

как они сотрудничают с семьей аутичного ребенка.

ВРАЧ И ПСИХОЛОГ

Задачи врача-психиатра и функции психолога в работе с аутичными детьми обсуждаются достаточно редко. Однако проблема координации их действий не разработана совсем.

В практике отечественной детской психиатрии психолог, как правило, привлекается врачом к диагностической работе как представитель параclinical дисциплин. Важность психологического звена диагностики в настоящее время является бесспорной. Результаты психологического обследования ассимилируются врачом при формулировании диагноза. Взаимоотношения специалистов здесь четко определены.

В случае же, когда психолог активно включается в процесс коррекционной работы и выступает в нем как партнер врача, взаимодействия их становятся более эффективными.

В коррекционной работе врач и психолог взаимно дополняют друг друга, осуществляя различный подход к решению поставленной задачи. Врач, диагностируя заболевание, характеризуя состояние ребенка, определяя прогноз, исходит из логики течения болезни. В коррекционной работе, связанной прежде всего с медикаментозной терапией, он стремится купировать болезненные симптомы и стимулировать психическую активность ребенка.

Психолог же оценивает состояние ребенка, исходя прежде всего из модели нормального психического развития, и, таким образом, определяет степень и тип психического дизонтогенеза - отклонений в развитии, складывающихся под влиянием болезненного процесса либо его последствий. В коррекционной работе психолог стремится не только устранить патологические проявления, но, опираясь на сохранные психические функции, особенности интересов аутичного ребенка, найти возможность его социального развития.

Различный подход к ребенку врача и психолога нередко обуславливает и различную квалификацию одних и тех же патологических проявлений: клиницист чаще склонен рассматривать их как симптомы болезненного процесса, психолог - с позиции нарушения хода психического развития.

Примером может служить ряд моторных, речевых, поведенческих стереотипии, которые врачом традиционно квалифицируются как признаки заболевания, а психологом - в достаточной части случаев - как гиперкомпенсаторные образования, служащие целям аффективной аутостимуляции в условиях дефицита контактов с окружающим миром.

На этом пути между врачом и психологом могут возникнуть и различные мнения, однако именно они углубляют диалог специалистов, делают его плодотворным в дальнейшем становлении комплексного клинико-психологического понимания многофакторной картины дефекта.

В результате такого подхода появляется возможность, с одной стороны, понять типичную для данного заболевания структуру психического дизонтогенеза, а с другой - ограничить симптоматику собственного болезненного процесса. В совместном анализе клинической картины, истории развития ребенка, динамики общей коррекционной работы вырабатывается прогноз возможно социальной адаптации больного ребенка.

При общности цели взаимодействия врача и психолога строятся в зависимости от этапа работы.

На первом этапе, как правило, становятся задачи снятия в основном психогенных расстройств, обусловленных неадекватным отношением близких к больному ребенку. Для этого наиболее активно применяются психотерапевтические методы воздействия на ребенка, осуществляется организация адекватной ситуации в семье. Здесь основная роль принадлежит психологу. Его работа дает возможность снять часть патологических проявлений, в том числе связанных с неудачами прошлого опыта контактов, частично вовлечь ребенка во взаимодействие со взрослыми. В этот период специалисты группы получают возможность более полно оценить общую картину расстройств и сформулировать задачи дальнейшей работы.

На втором этапе коррекции, когда ликвидированы либо уменьшены психогенные наслоения, активно выступают функции врача по купированию психопатологической симптоматики. Значительную роль в коррекционной работе начинает играть медикаментозная терапия.

При отступлении острой (а чаще подострой) психопатологической симптоматики во всей полноте выступают устойчивые патологические проявления дизонтогенеза: задержка и искаженное формирование ряда психических функций и личности ребенка в целом.

С этого времени взаимодействия врача и психолога осуществляется особенно гибко. Психолог ищет возможность активации эмоционального, речевого, интеллектуального, личностного развития ребенка, формирования у него социально адекватных форм поведения. Врач же, постоянно наблюдая за динамикой состояния ребенка в процессе обучения и психотерапии, гибко корректирует медикаментозное лечение, в определенные моменты то преимущественно тонизируя интеллектуальную и эмоциональную активность ребенка, то купируя те или иные болезненные проявления, прежде всего тревогу и страхи.

В условиях специальной коррекционной группы имеется возможность постоянной проверки эффективности воздействия лекарства и психологической коррекции. Эта постоянная связь врача и психолога повышает возможность общей коррекционной работы.

ПЕДАГОГ И ПСИХОЛОГ

Клинические данные, исследования психолога позволяют раскрыть перед педагогом структуру аномалии психического развития аутичного ребенка. Опираясь на эти данные, педагог ведет собственное исследование, определяет конкретные задачи обучения, вырабатывает методику работы.

По мере устранения психогенных наслоений, связанных с осознанием ребенком своей неполноценности, установления эмоционального режима, оптимального для психического развития данного аутичного ребенка, работа психолога все более согласуется с задачами и логикой педагогического процесса.

Педагог ставит перед психологом конкретные задачи по коррекции поведения ребенка. Особые трудности поведения и интеллектуальной деятельности детей, выявляемые на учебном занятии, становятся предметом специальной работы психолога. В этом случае психологическая коррекция, аналогично медикаментозной терапии, становится средством расторможенности, уменьшения проявлений агрессии и страхов.

Психологу, опирающемуся в своей работе на общие закономерности аутистического развития, доступна на только коррекция, но и профилактика ряда поведенческих расстройств, значительно облегчающая процесс обучения детей. Таким образом, динамика психического развития ребенка в обучении становится проверкой адекватности как педагогических, так и психотерапевтических форм воздействия.

На каждом этапе совместной работы психолог и педагог, обследуя ребенка, оценивают динамику его развития в процессе коррекции. Диагностика развития, таким образом, не является одномоментным срезом, а проходит через всю коррекционную работу.

Необходимо подчеркнуть, что ребенка дошкольного возраста именно педагог в процессе обучения дает социально наиболее сложные образцы взаимодействия со взрослым. Потому его требования и даже запреты представляются ребенку непреложными. Даже игры, в которых педагог ищет первый контакт с ребенком, представляются ему как «занятия».

Взаимоотношения же с психологом носят более свободный характер и дают возможность большему самовыражению ребенка. На психотерапевтических занятиях нужно стараться применять все более разнообразные формы взаимодействия с ребенком, обогащать его эмоциональный и интеллектуальный опыт. Но кроме того, психолог может участвовать и в самих педагогических занятиях - в особой роли партнера по обучению. В этой роли психолог демонстрирует ребенку наглядные формы правильного поведения. В случае интеллектуальных трудностей ребенка для поддержания его уверенности в себе психолог может выступить и в роли соученика, «не понимающего задания», своеобразного доктора Ватсона рядом с Шерлоком Холмсом. В этих случаях ребенок охотно начинает объяснять психологу решение задачи, тем самым уясняя суть вопроса и себе. Происходит как эмоциональная, так и интеллектуальная активация ребенка.

В результате создания такой контрастной по формам общения и в то же время управляемой педагогом и психологом ситуации удастся и организовать ребенка, и дать разрядку, так необходимую ему.

Для каждого ребенка педагогом и психологом должен совместно решиться вопрос о соотношении «доз» психологических и педагогических коррекционных мероприятий и последовательности их проведения.

Следует подчеркнуть, что переплетение функций врача, педагога и психолога еще более тесно, чем это показано в настоящем схематическом положении. Врач и педагог для обследования ребенка и во время занятий часто применяют отдельные психотерапевтические приемы. Психолог, в свою очередь, использует достижения педагога для обогащения содержания собственных занятий и форм контакта с ребенком.

РОДИТЕЛИ И СПЕЦИАЛИСТЫ

Установление взаимопонимания и тесного контакта с родителями, естественно является необходимым условием медикаментозной терапии и психолого-педагогической коррекции. В рамках небольшой публикации трудно охватить и раскрыть все аспекты этой работы.

Традиционно она начинается врачом и психологом с обсуждения с родителями трудностей психического развития и социализации ребенка. В этих обсуждениях перед самими родителями четче выявляется характер и степень нарушений психического развития ребенка, определяются уровень требований к нему, направления и возможные формы воспитательной работы в семье.

Взаимоотношения врача и родителей определяются двумя основными задачами.

Во-первых, это психотерапия родителей, большей частью находящихся в хронически угнетенном настроении в связи с психической

неполноценностью ребенка. Не давая необоснованных оптимистических прогнозов, врач тем не менее обязан посвятить родителей в возможности современной медикаментозной терапии и психолого-педагогической коррекции аутичных детей, объяснить, что определенная часть нарушений поведения ребенка носит защитный характер и частично связана с недоучетом окружающими его патологических особенностей. В случае, где врач предполагает потенциально более сохраненные психические возможности, скрытые за фасадом болезненной симптоматики, он должен и это разъяснить родителям.

В то же время врач обязан предупредить родителей о большей, чем это кажется на первый взгляд, ранимости аутичного ребенка. Это важно для исключения неосторожных высказываний либо действий в присутствии больного ребенка или по отношению к нему. Значительно реже, в случае вредящей ребенку не критичности родителей, оценивающих способности ребенка выше его возможностей и нередко недостаточно серьезно относящихся к требованиям терапии, следует осторожно очертить перед родителями круг трудностей и реальных возможностей ребенка.

Второй основной задачей контакта врача и родителей является привлечение родителей к процессу медикаментозного лечения. Как правило, это так называемая «поддерживающая» терапия с небольшими дозами психотропных препаратов, сочетание которых успокаивает ребенка и в то же время стимулирует его целенаправленную деятельность. Эта поддерживающая терапия в большинстве случаев, при отсутствии выраженного обострения либо острого приступа болезни, может осуществляться родителями дома, но только под постоянным контролем врача, который назначает тот или иной комплекс препаратов, следит за эффектом лечения, меняет комплекс препаратов и их дозировки в зависимости от состояния ребенка.

Врач учит родителей наблюдать за состоянием ребенка во время медикаментозного лечения. Наблюдения фиксируются родителями в дневниках, в которых они отвечают на специальные вопросы, поставленные врачом. В

еженедельных (при необходимости и два раза в неделю) беседах с родителями подводятся промежуточные итоги проводимой терапии. В случае значительного улучшения состояния ребенка такие обсуждения могут проводиться реже.

Наконец, нередко имеют место случаи, когда врач оказывает медицинскую помощь и самим родителям: в случае медикаментозного купирования либо их реактивных образований, либо их психического заболевания. При необходимости врач может дать совет родителям о необходимости направленного лечения кого-либо из них в психоневрологическом диспансере или стационаре. Это является не его формальной обязанностью, но по существу - профессиональным долгом.

Психолог, обсуждая трудности поведения ребенка в быту, может подсказать родителям, как избежать конфликтов. Профилактика таких болезненных и для ребенка, и для родителей ситуаций, создание определенного щадящего и в то же время эмоционально-тонизирующего, организующего ребенка режима позволяют уменьшить его аутистические тенденции, сделать его податливым педагогическим воздействиям в семье.

Как видим, психологу принадлежит ведущая роль в обучении родителей особым приемам воспитания аутичного ребенка дошкольного возраста, начиная от способов налаживания контакта и кончая формированием целенаправленного поведения.

Педагог обучает родителей методике занятий с ребенком, регулярно обсуждает динамику обучения, вновь возникающие у ребенка затруднения.

Следует, однако, неукоснительно придерживаться правила, что ни психолог, ни педагог ни в коем случае не должны сами говорить родителям об ухудшении, по их мнению, психического состояния ребенка, а тем более самим давать советы родителям в отношении какой-либо терапии. Эти функции выполняет только врач, которому, как указывалось, психолог и педагог регулярно сообщают о своих наблюдениях.

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что на долю родителей выпадает трудная роль по развитию и подготовке аутичного ребенка к жизни. Эффективность описанных методов коррекции возможна только при их систематическом использовании в условиях домашней обстановки, при терпеливом и внимательном отношении к больному ребенку.

Не каждого аутичного ребенка можно вывести на уровень массовой или вспомогательной школы, но и в случаях, когда он остается в пределах дома, труд врача, психолога, педагога и родителей будет вознагражден тем, что ребенок станет ровнее в поведении, более управляем; у него разовьется интерес к какой-либо деятельности, которая заменит бесцельное времяпрепровождение и сделает его поведение более целенаправленным, эмоционально насыщенным и контактным.

АУТИЧНЫЙ РЕБЕНОК В СПЕЦИАЛЬНОЙ ГРУППЕ

В предыдущих главах мы постарались изложить особенности развития и психолого-педагогической коррекции аутичного ребенка дошкольного возраста.

Каким образом может осуществляться такая коррекция? На какой «базе» должны координироваться длительные, часто многолетние усилия психолога, педагога, врача?

Больница, естественно, отпадает. В психиатрический стационар аутичный ребенок может быть помещен только в крайнем случае - при возникновении психоза или тяжелого обострения психического состояния. Типичный для аутичного ребенка страх перемены обстановки, отрыв от близких нередко ухудшают его состояние даже несмотря на проводимое терапевтическое лечение. Кроме того, кратковременность пребывания в больнице исключает осуществление даже начального этапа психолого-педагогической коррекции.

Неподходящим является и учреждение типа дневного стационара. Концентрация в одном помещении в течение целого дня не контактирующих между собой аутичных детей, не занимающихся с психологом и педагогом *индивидуально*, не дает эффекта. Кроме того, на самочувствии больного ребенка очень часто плохо отражаются ежедневные поездки из дома и обратно.

Более приемлемой может быть небольшая коррекционная группа, в которой с аутичным ребенком проводятся индивидуальные занятия психологом и педагогом, а врачом осуществляется поддерживающая медикаментозная терапия.

Комплексная клинико-психолого-педагогическая коррекция РДА может включать следующие разделы (и соответственно - этапы):

1. Психологическая коррекция:

- а) установление контакта со взрослыми;
- б) смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, страхов;
- в) стимуляция психической активности, направленной на взаимодействие со взрослыми и сверстниками;
- г) формирование целенаправленного поведения;
- д) преодоление отрицательных форм поведения: агрессии, негативизма, расторможенности влечений.

2. Педагогическая коррекция РДА:

- а) формирование навыков самообслуживания;
- в) пропедевтика обучения (коррекция специфического недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи; формирование навыков изобразительной деятельности).

3. Медикаментозная коррекция РДА: поддерживающая психофармакологическая и общеукрепляющая терапия.

4. Работа с семьей:

- а) психотерапия членов семьи;
- б) ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка;
- в) составление индивидуальной программы воспитания и обучения аутичного ребенка в домашних условиях;
- г) обучение родителей методикам воспитания аутичного ребенка, организации его режима, привитие навыков самообслуживания, подготовки к школе.

В группу следует принимать детей в возрасте 3—6 лет, имеющих симптомы раннего детского аутизма. Обязательным условием приема ребенка является строгое выполнение родителями всех рекомендаций врача, психолога и педагога. Поэтому с родителями предварительно проводится беседа, в которой их знакомят с правилами работы группы, требованиями в отношении выполнения указаний специалистов.

Индивидуальные занятия с аутичным ребенком проводятся 2—3 раза в неделю. Их длительность зависит от возраста и состояния ребенка. Психологическое занятие, осуществляемое в игровой форме и потому наиболее насыщенное для ребенка положительными эмоциями, - в течение 45 минут - 1,5 часов, педагогическое - в течение 30—45 минут.

Врач проводит краткую беседу с ребенком и родственником перед занятием, наблюдает ребенка в течение занятия, после которого, в случае необходимости, повторно беседует с родственником, уточняет терапевтические назначения и дает рекомендации по воспитанию ребенка дома.

Средний срок такого режима занятий ребенка в группе - 3—4 года.

С возраста 7—8 лет, когда аутичный ребенок начинает учиться в школе (массовой или вспомогательной), посещение группы можно ограничить до одного в 2—4 недели. Такая «поддерживающая» медико-психолого-педагогическая коррекция направлена в основном на адаптацию ребенка к школьному коллективу, на профилактику легко возникающих трений и конфликтов со сверстниками, недоразумений с педагогами, большей частью плохо учитывающими особенности эмоциональной и интеллектуальной сфер ребенка. Многие из аутичных детей в первом классе могут заниматься только по индивидуальной программе, посещать школу 2—3 дня в неделю. Нередко на перемене или даже на уроке около них сначала должен быть кто-либо из родителей. Поэтому на начальном этапе обучения аутичного ребенка необходима связь психолога или педагога группы с учителем школы.

Какова численность персонала группы и занимающихся в ней детей? Оптимальной, по-видимому, будет небольшая группа, в которой работают 4 детских психолога, 2 педагога-дефектолога и один врач -детский психиатр. В такой группе смогут заниматься примерно 12 детей, посещающих занятия 2—3 раза в неделю, и 12 детей, занятия с которыми проводятся 1—2 раза в месяц.

Коллективные мероприятия, в которых участвует целая группа детей, обычно осуществляются в пределах различных праздников: календарных, дней рождения и т. д.

Обычно у аутичного ребенка и более старшего, даже подросткового возраста, и его родителей сохраняется тесный эмоциональный контакт с сотрудниками группы, а также потребность в получении советов, разрешении ряда проблем. Поэтому в расписании работы группы обычно выделяется время для таких встреч. Во время них раскрываются проблемы, характерные для аутичного подростка. Прежде всего -это налаживание межличностных взаимоотношений, очень сложное для эмоционально своеобразного аутичного ребенка. Здесь нужны специальные методы, которые находятся в стадии разработки и поэтому не нашли места в настоящем пособии.

Таковы основные принципы построения работы специальной группы по коррекции раннего детского аутизма. Такие группы, очевидно, легче всего организовать при массовых или специальных детских садах, психологических консультациях.

Раздел III

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ДЕТСКОГО АУТИЗМА В РАЗНЫХ СТРАНАХ

Л. М. Шипицына, И. Л. Первова

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ ОБЗОР ИНОСТРАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

В последнее десятилетие проблема аутизма становится все более актуальной в странах Западной Европы и в США. Прошло уже более 50 лет с тех пор, как Лео Каннер привлек внимание к симптоматике, свойственной «детям с ранним аутизмом» (1943). С тех пор взгляды на возникновение аутизма претерпели значительные изменения.

Среди проблем, связанных с аутизмом, можно выделить следующие: понятие аутизма, распространенность, этиология, симптоматика, коррекция, обучение, интеграция в общество.

По данным Американской ассоциации по аутизму под термином «аутизм» понимается глубокое врожденное нарушение, носящее био-неврологический характер, которое обычно проявляется в течение первых 3-х лет жизни. Имеются достаточно обоснованные гипотезы, позволяющие считать, что аутизм связан с нарушением структуры и функций головного мозга. У лиц с аутизмом грубо нарушена функция общения и социального взаимодействия, отмечается неравномерность в развитии, выражающаяся в проявлении повышенных способностей в ограниченных областях, таких, как музыка, математика, и сочетающаяся с глубоким нарушением обычных жизненных умений и навыков. Очень многие лица, страдающие аутизмом, имеют сопутствующие нарушения, такие, как умственная отсталость и сенсорные расстройства.

В Великобритании трактовка понятия «аутизм» в большей мере подчеркивает языковые трудности. В частности, Elizabeth Newson (1991) определяет аутизм как глобальное нарушение коммуникации, при котором главную роль играет расстройство языкового кодирования (или выделения смысла) любой словесной конструкции. В качестве сопутствующих факторов она отмечает, что аутичный ребенок испытывает трудности в экспрессивной, жестовой речи, мимике, пантомимике и других видах телодвижений, несущих смысловую нагрузку. Кроме этого, она указывает на социальные сложности практического использования языка, которое предполагает свободный диалог и его изменение в соответствие с темой и обстановкой. Истинная сущность этого нарушения заключается в невозможности кодирования и расшифровки всех коммуникативных модулей, приводит к более серьезной патологии, чем при афазии (нарушении кодирования и понимания смысла произносимой речи, но не мимики и жестов) или при дислексии (нарушении письменной речи).

По среднестатистическим данным распространенность аутизма в мире составляет около 4—5 случаев на 10 тысяч новорожденных, то есть примерно - 0,05%. Однако эта цифра охватывает только так называемый «классический» аутизм, или синдром Каннера, и будет значительно выше, если учитывать и другие типы нарушения поведения с аутичноподобными проявлениями. По разным странам число случаев «классического» аутизма существенно колеблется. Так, например, по данным канадских исследователей конца 90-х годов (S. E. Bryson и др., 1988) оно составляет 10 к 10000 (0,1%). По этим же данным 75% аутичных детей имеют умственную отсталость. Исследователи в США в штате Юта (E. Ritvo и др., 1989) обнаружили 241 случай аутизма по отношению ко всему населению, то есть около 1,5 миллионов человек, что составляет 4 к 10000 (0,04%). В этих же исследованиях указывается на то, что у 66% из этого числа случаев отмечается умственная отсталость, а у 3,7% имеются сопутствующие синдромы Дауна, Санфилиппа, Ретта и др. По данным ирландских ученых (Мак-Карти и др., 1984), частота встречаемости аутизма 4,3 к 10000 (0,04%). Японские психологи дают цифру 13-16 случаев к 10000 (0,15%) (T. Sugiyama, T. Abe, 1989). Японцы в качестве одной из причин возрастания случаев аутизма в своей стране называют современные медицинские технологии, оставляющие в живых младенцев, имеющих серьезные неврологические нарушения. По данным немецких и шведских исследований эта цифра существенно ниже: 2 к 10000 (0,02%) (H. C. Steinhausen и др., 1986; C. Gilberg, 1984). Общая численность аутичных лиц по США составляет примерно 111000 при населении 246,9 миллионов человек (0,04%). Несмотря на статистические различия, большинство авторов, опираясь на многочисленные исследования аутизма, начиная с 1970 года, сходятся на численности в 4,5 к 10000 (0,05%), а встречающиеся отклонения от этой цифры относят за счет критериев диагностики аутизма, а не за счет реальных колебаний распространенности его в разных странах. Что касается половых различий, то все авторы сходятся на том, что аутизм в 2,5—4 раза чаще встречается у мальчиков, чем у девочек, и что нарушения у девочек носят более деструктивный характер, чем у мальчиков.

Аутизм встречается в странах всего мира вне зависимости от расовой принадлежности, этнической группы и социальной среды. Достаточно редко встречаются семьи, в которых имеется более одного ребенка с аутизмом, однако, зафиксирован единичный случай наличия пяти детей с аутизмом в одной семье, что связано с генетическими причинами.

В подавляющем большинстве исследований аутизм понимается не как заболевание с обычной для этой категории явлений этиологией, а как синдром, который описывается как сочетание атипичных поведенческих характеристик.

Среди причин развития аутизма выделяют несколько наиболее часто встречающиеся - как в отдельности, так и в сочетании: фенилкетонурия, краснуха, кишечные заболевания, а также химическое воздействие во время беременности. Существует достоверная статистическая корреляция между синдромом слабой X-хромосомы и наличием аутизма. Тяжелые инфекции раннего постнатального периода также могут явиться причиной проявлений аутизма. Существует форма аутизма, связанная с целым рядом рецессивных генетических модулей.

При диагностике аутизма выделяются следующие основные симптомы:

- грубое нарушение вербальных и невербальных навыков общения;
- навязчивые движения типа раскачивания, двигательная расторможенность, трясение головой, перебирание пальцев;
- боязнь любых изменений окружения и среды;
- избегание контакта глаз;
- необычная (нетрадиционная) манера обращения с объектами и игрушками, недостаточное развитие игрового воображения;
- грубое нарушение социального развития;
- ограниченность интеллектуальных возможностей. Необязательно все из указанных симптомов могут проявляться при

аутизме. Очень часто, например, аутичные дети идут на контакт глаз, поглаживания и положительно

относятся ко всякого рода касаниям. Проявление указанных симптомов может быть обнаружено как в раннем младенчестве, так и позже - к 2, 3 годам жизни.

По работам большинства авторов в развитии личности ребенка с аутизмом отмечаются следующие отклонения: замедленное или недостаточное развитие физических, социальных и учебных навыков; несформированность речевого ритма; ограниченность понимания смысла речи; неадекватное использование языковых форм; неадекватность восприятия речевых, слуховых и тактильных образов, боли, дискоординация.

До настоящего времени наиболее острыми считаются 2 основных вопроса: первый касается сохранности интеллекта у аутичных детей, второй - выделения ведущего симптома. При решении первого вопроса многие авторы относят большинство детей с аутизмом к лицам с нарушенным интеллектом, которые могут проявлять определенные способности в приобретении отдельных навыков. По второму вопросу, со времен Л. Каннера (1943) ведущим симптомом аутизма считают нарушение поведения, выражающееся в отсутствии или резком снижении эмоционального общения с окружающими людьми. Основная полемика между учеными ведется по поводу того, что первично: коммуникативные нарушения или дефекты познавательной деятельности. Чаще всего высказывается мнение, что изначальные нарушения общения мешают конструированию других типов поведения. Реже исследователи ссылаются на нарушение познавательной сферы как на основное, ведущее поражение. Одним из наиболее ярких представителей первого направления является М. Rutter (1983), который отстаивает мнение коммуникативного дефицита, как основного, а этот дефицит обусловлен, по его мнению, тем, что нарушены определенные познавательные процессы.

Не все дети, которым ставится диагноз аутизма, демонстрируют «патологическое» поведение. Глубина нарушений поведения существенно варьирует и тяжесть его проявлений снижается с возрастом. Это еще более усложняет диагностику, т. к. нельзя сказать аутичен этот ребенок, или нет. С точки зрения М. Rutter (1983) в науке недостаточно знаний о процессах, которые обуславливают специфичность поведения при аутизме. Он считает, что до тех пор, пока не будет более детально изучен вопрос когнитивного дефицита при аутизме и его соотношения с нарушенным поведением, полное определение аутизма дать невозможно. До настоящего времени нет единства мнений не только в терминологии, но и дифференциальной диагностике, причинной обусловленности аутизма и его соотношения с детскими психозами, шизофренией, умственной отсталостью и др.

По вопросу подходов к коррекции и компенсации аутизма большинство практиков сходятся на том, что при направленном формировании определенных навыков, аутичные дети могут взаимодействовать с другими людьми.

М. Rutter (1983) считает, что при повышении требований к социальному поведению аутичных детей их реакции и социальные контакты существенно улучшаются. Это подтолкнуло психологов и учителей к использованию бихевиористских методов для формирования социального поведения, навыков общения и речевого развития. S. L. Hurriss и J. S. Handleman (1987) указывают, что несмотря на то, что коррекция аутизма связана в основном с тренировкой процедур обучения, приобщение родителей и ближайших родственников ребенка является очень важным моментом и входит в ряд когнитивных бихевиористских методов. При коррекции аутизма зачастую используется воздействие неприятных процедур, для того, чтобы угнетать нежелательное или опасное поведение, такое, как агрессия, самоповреждение, самовозбуждение и т. п. Однако в последние годы все более применяются положительные меры воздействия типа физических упражнений. Методы для лечения аутизма не разработаны, этим детям возможно оказывать лишь реабилитационную и коррекционную помощь.

М. Warnock (1978) высказал ряд рекомендаций по оказанию специальной помощи детям с аутизмом в Великобритании в структуре массового и специального образования. Выбор обучения аутичных детей может быть сделан из трех возможных вариантов: массовая школа, специальная школа для детей с различными типами нарушений и специальная школа для аутичных детей.

V. Lewis (1987) считает, что специальные школы для детей с различными типами нарушений могут принять аутичного ребенка, если учителя понимают его специфические особенности и нужды. В связи с низким процентом встречаемости аутизма специальных школ для этой категории детей крайне недостаточно, а размещение их в другого типа специальные школы осложнено тем, что они носят интернатный характер, и детей отпускают домой либо в каникулярное время, либо раз в неделю на выходные. Это не всегда хорошо для аутичного ребенка, т. к. общение с семьей дает ему очень многое. В интернатного типа учреждения могут быть помещены дети, которые не могут находиться дома по ряду обстоятельств. Пребывание в таких учреждениях имеет особое значение в подростковом возрасте, т. к. помогает развитию у подростков с аутизмом социальных навыков и определенной самостоятельности.

E. Newson (1992), рассматривая пути коррекции аутичных детей, прежде всего обращает внимание на трудности контакта с ребенком, особенно в возрасте 2,5—3 лет. Наибольшее значение имеет основное нарушение и то, на что в первую очередь необходимо воздействовать в ходе коррекционной работы с ребенком. Одни исследователи-практики склоняются к тому, что первоочередным является устранение центрального нарушения в системе аутичных проявлений, другие - считают, что более эффективным будет прямое воздействие на причину возникновения аутизма. Невозможно осуществлять коррекцию всех нарушений одновременно, поэтому требуется разработка определенных систематизированных стратегий воздействия. К сожалению, часто разработка и воплощение программ упираются в такие банальные проблемы, как нехватка времени у учителей, воспитателей, родителей и отсутствие денег у исследователей.

E. Newson (1992) считает, что нельзя бездумно хвататься за любые появляющиеся программы обучения детей с аутизмом, т. к. только тщательное соотнесение ожидаемых результатов с индивидуальными особенностями ребенка может привести к правильной оценке эффективности той или иной программы.

E. Newson совместно с двумя своими коллегами G. Jones и E. Meldrum при поддержке Министерства здравоохранения Великобритании предприняли двухгодичное исследование (начиная с 1991 г.) по оценке

результатов различных методов раннего вмешательства на аутичных детей. Каждый из методов основывается на обучении определенным навыкам, исходя из того, чтобы ребенку с аутизмом, в силу его специфических особенностей, было легче освоить ту или иную деятельность. Предлагаются четко спланированные достаточно традиционные методы воздействия на ребенка:

- удерживающая (холдинг) терапия («усиленные касания»);
- бихевиористский (поведенческий) подход;
- групповая терапия;
- метод выбора («любить - это быть счастливым с тем, кто у тебя есть»);
- эвритмия (подкрепленная музыкой коммуникативная терапия).

Удерживающая терапия (холдинг-терапия)

Холдинг терапия - «форсированная поддержка» как метод была впервые предложена М. Welch (1983), и затем вошла в рамки теоретических исследований в области «этологии» (науки о поведении организмов в среде, в том числе и о поведении человека). Этот метод состоит в попытке форсированного, почти насильственного образования физической связи между матерью и ребенком, т. к. именно отсутствие этой связи считается сторонниками этого метода центральным нарушением при аутизме. Другие аспекты проявления аутизма, например, такой, как глобальный дефицит языкового общения, либо игнорируются, либо их значимость снижается.

Назначение холдинг терапии - пробиться через неприятие ребенком матери и развить в нем ощущение и привычку чувствовать себя комфортно. Этот подход включает в себя большую работу с родителями по разъяснению необходимости приучения ребенка к контакту с усиленным включением тактильных ощущений до тех пор, пока он не почувствует приятность от такого общения, несмотря на свое начальное отторжение. Специалисты советуют матерям во время тактильного контакта с ребенком говорить ему о своих чувствах, включая даже проявление гнева на его сопротивление, они верят в то, что ребенок способен понимать язык и чувства матери, несмотря на то, что его эмоциональные особенности препятствуют процессу восприятия материнской ласки.

Различают систематические удерживающие упражнения, проводимые ежедневно, и специально организованные упражнения, которые проводятся в состоянии возбуждения у ребенка или из-за каких-либо других изменений его эмоционального поведения. В первые месяцы ребенку с аутизмом эти упражнения крайне неприятны, и он сопротивляется до тех пор, пока не обессилит. Крайне важно преодолеть детское сопротивление, что является критическим периодом дальнейшей эффективности предпринимаемой терапии. Авторы метода считают, что для того, чтобы ощутить комфортное состояние, надо испытать чувство дискомфорта. А для того, чтобы почувствовать защищенность, надо испытать состояние беззащитности. Исходя из этого, для достижения последующего эффекта по ощущению чувства комфортности, ребенок вначале должен быть ввергнут в состояние дискомфорта. Для провокации неудовольствия у ребенка предлагаются такие упражнения, как например: показ желанных предметов без возможности завладеть ими или дотронуться до них; предотвращение попыток ребенка сориентироваться в пространстве, поворачивая голову или оборачиваясь; воздействие на ребенка такими стимулами, которые являются для него сверхчувствительными (длительный поцелуй, если он этого не выносит, шептание прямо в ухо, если у него повышенная чувствительность к близким звукам и т. п.). Мать должна четко контролировать и предотвращать на вербальном и действенном уровне любую попытку ребенка причинить ей вред, но в то же время она должна продолжать упражнения. Именно в этом заключается двойственность ее роли. С одной стороны мать, должна дать ребенку почувствовать свою исключительность, и в этом отношении проявлять себя как сильная личность, а с другой стороны, - она должна выступать в роли защитницы. Занятие с ребенком заканчивается после того, как стороны пришли к соглашению, то есть после того, как ребенок прошел через этап истощения и подчинения, что позволило матери предоставить ребенку комфортные условия покоя или спокойной непродолжительной игры. Она и сама в этот момент находится в состоянии истощения как физически, так и эмоционально. Такое занятие занимает обычно не менее часа, а зачастую и гораздо больше. Несомненно, совместный опыт матери и ребенка, приобретаемый в процессе таких занятий, формирует возрастающее чувство взаимной привязанности и, как результат, закрепляет коррекционное воздействие на аутизм. Однако такой подход дает возможность ссылки на случаи полного «выздоровления» при аутизме. Поскольку достоверных результатов от применения метода с тщательным обследованием ребенка до и после терапии не имеется, это утверждение нельзя считать обоснованным. Несмотря на это, существует одно общее мнение по поводу метода холдинг-терапии: дает она какое-либо улучшение в состоянии ребенка, или нет, но в нее безусловно входит компонент, который умышленно вызывает у ребенка отвращение и стресс. Как только ребенок физически истощается, неприятная стимуляция заканчивается, и в этот момент, когда какое-либо стереотипное поведение у ребенка отсутствует и на первый план выступает активное внимание, и начинают действовать процессы, улучшающие его состояние. Мать или отец начинают восприниматься ребенком как положительный стимул, поскольку это ассоциируется с прекращением беспокоящих факторов, благодаря чему ребенок становится более открытым к установлению социальных контактов, взаимодействий между ребенком и взрослым.

Бихевиористский подход

Бихевиористские подходы основаны на теории обучения: проще говоря, специалист составляет индивидуальную систему обучения для каждого ребенка таким образом, что любое положительное проявление его поведения вознаграждается (усиливается), а любое негативное - либо игнорируется, либо порицается или даже наказывается.

О. I. Lovaas (1977) рассматривает аутизм как совокупность проблем и видит причины его возникновения в нарушениях высшей нервной деятельности, которые не позволяют проводить обучение ребенка в условиях обычной

окружающей среды, так как у такого ребенка сформировано особое поведение, которое автор называет «несовершенным». Это поведение связано со значительным снижением внимания, нарушением контакта глаз, низким развитием социальных навыков, отсутствием обычных эмоциональных реакций, эмпатии, недостаточным речевым развитием, слабостью воображения, наличием крайне небольшого числа игровых навыков и низким уровнем самообслуживания. Под несовершенным поведением подразумевается наличие агрессивных реакций, направленных на себя и других, включающих вспышки гнева, стереотипные и причиняющие вред себе и другим действия.

О. I. Lovaas (1977), как и другие бихевиористы, настаивает на том, что программы обучения должны включать регулярную диагностику ребенка в динамике выполнения программы для определения степени ее воздействия. Он подчеркивает важность процедуры конструирования поведения в той части программы, которая ведет к позитивным сдвигам в поведении ребенка. Специалистов, которые должны проводить в жизнь эти программы, необходимо тщательно подготовить, научить приемам формирования подражания в поведении ребенка, развития его абстрактного мышления и речи.

Критики бихевиористских программ считают, что они наиболее эффективны в выработке контролируемых имитационных действий на элементарном уровне, однако они менее пригодны для осуществления вариативного самостоятельного поведения. Эти программы также продуктивны в тренировке точного копирования речевых паттернов, необходимых в повседневных ситуациях, но не годятся для формирования способности к спонтанному свободному диалогу. С учетом этой критики бихевиористы в своих программах существенно увеличивают интенсивность и продолжительность ежедневных воздействий на ребенка и усиливают сложность и углубленность своих занятий. К примеру, некоторые из заключительных коррекционных мероприятий включают обучение приемам чувствовать, заботиться о других, формируют эмпатию, спонтанность, любознательность, фантазию. Поэтому в некоторых случаях, у более способных детей, оказывается, что с помощью бихевиористских программ достигается такой высокий уровень развития, что некоторых из них по проявлениям поведения не отличить от нормальных сверстников.

Структура программы в качестве основной цели предусматривает необходимость наибольшего приближения аутичного ребенка к возможностям обучения нормальных детей. Нормально развитый ребенок учится везде и всегда, включая вечернее время, выходные и каникулы. Множество типов поведения, соответствующие огромному числу возможных ситуаций, ребенок наблюдает и учится подражать большому количеству людей, включая сверстников. Дети с аутизмом, в связи с имеющимися нарушениями развития, не могут обучаться таким же образом. Для того, чтобы добиться оптимальных результатов в их коррекции и обучении, необходимо, чтобы взрослые, работающие с ребенком, были обучены умению заполнять все жизненное пространство ребенка в школе, дома и в свободное время.

Группа, работающая с аутичным ребенком, может состоять из нескольких начинающих специалистов, одного или более опытных, из родителей, и время от времени в нее целесообразно включать сверстников ребенка. Включение родителей, других членов семьи, сверстников является жизненно необходимым и обуславливает генерализацию терапевтического эффекта.

На ранних этапах большая часть времени уходит на обучение ребенка имитации, в основном, невербально и лишь иногда вербально. Имитация является ядром этого метода. Со временем ребенок начинает посещать дошкольное учреждение или школу, вначале лишь часть учебного дня, затем более длительное время. Специалисты должны заранее решить, в каких школьных заданиях ребенок может добиться наибольшего успеха. Необходимый навык затем вырабатывается и далее шлифуется дома до того, как ребенок будет участвовать в коллективной деятельности. Таким образом, ребенок уже будет подготовлен к участию в той или иной деятельности, нужно лишь перенести навыки выработанного поведения из привычных домашних условий в школьную среду. Тонкость имитационной подготовки заключается также в обучении искусству наблюдения: «дети учатся учиться, наблюдая за тем, как учатся другие дети».

Согласно программе, дети должны обучаться 40 часов в неделю, но посещать школу неполный учебный день на протяжении 6—12 месяцев. Трудно проследить, насколько реальным может быть данный вид терапии в школьных условиях. Кроме того, неясно, надо ли использовать в школе систему наказания.

V. Lovaas (1977) демонстрирует впечатляющие результаты своей интенсивной работы с аутичными детьми, однако, при менее интенсивной поведенческой терапии (менее 40 часов в неделю) достижения не столь велики. Например, сравнительные исследования группы детей, которая получала 40 часов в неделю терапии в течение двух лет, и контрольной группой, получавшей только 10 часов в неделю, показали, что 9 из 19 семилетних детей, получивших интенсивную терапию, достигли нормы как по интеллектуальному уровню, так и по школьной успеваемости, в противовес только одному ребенку из контрольной группы. Дальнейший срез в возрасте 13 лет подтвердил эту статистику. Таким образом, чтобы поведенческая терапия дала результат, она должна представляться всеми заинтересованными лицами, работающими с ребенком, такой, в которой успех коррекционного воздействия прямо пропорционален объему воздействия.

Однако нет оснований считать, что современные поведенческие программы вмешательства могут быть одинаково пригодными для всех аутичных детей.

Групповая терапия

Групповая терапия основана на методике доктора Kitahara (цит. по E. Newson, 1992), которая применялась ею в частной школе города Токио, а затем в Бостоне (школа Higashi), где аутичные дети обучаются вместе с нормально развитыми детьми, то есть имеется интегрированное обучение. Основной идеей школы является соответствие групповой норме и имитация выработанной модели поведения.

Главным принципом школы является формирование у ребенка, так называемого, «ритма жизни» методом слияния с групповыми процессами.

Основная часть этого ритма ощущается физически. Как бы происходит слияние восточной философии, которая связана со скрытыми взаимоотношениями между интеллектом, телом и душой, и принципами японской педагогики, которая основана на групповом обучении в большей степени, чем на индивидуальном, причем, награда групповых решений более предпочтительна, чем индивидуальных.

Цели групповой терапии сводятся к следующему: стабилизировать детскую эмоциональную сферу, которая находится в ослабленном состоянии, что предполагает поддержку ребенка ритмом группы, принимающей его как себе подобного и большое значение здесь имеют опять же совместные физические упражнения; улучшить физическое развитие и навыки самообслуживания ребенка, главным образом через подражание группе; нормализовать интеллектуальное развитие через высоко структурированные и имитационные повторения различного рода шаблонов.

Эта практика расходится с традиционными ведущими принципами обучения аутичных детей, которые, наоборот, направлены на то, что ребенок нуждается в индивидуальном внимании, в индивидуальной программе для адекватного развития.

Детей достаточно долго разубеждают в необходимости совершать индивидуальные спонтанные действия и побуждают вернуться «в строй» зачастую силовыми методами. Например, внимание к деструктивному поведению, такому, как агрессия, нанесение себе вреда. Само подхлестывание основано на преимущественном использовании переноса направленности этого поведения. Этот перенос заключается в том, что ребенок насильственно препровождается в лоно группы. Например, когда ребенок бросает поднос для еды, направляясь на свое место, взрослый незамедлительно дает ему другой поднос, и ребенок продолжает двигаться вместе со всеми детьми в том же направлении. Когда ребенок начинает бить себя по лицу, взрослый моментально возвращает руки ребенка в то положение, в котором находятся руки у всех детей группы. Использование переноса направленности действия взрослого состоит из неакцентированной реакции невербального характера, либо аффективного. Таким образом, получается растворение любого проявления деструктивного поведения в групповом процессе.

В школе Higashi проводится тщательное обследование детей как при поступлении, так и регулярно в процессе обучения. Тем не менее результаты такого обследования не трансформируются ни в индивидуальные программы для каждого ребенка, ни хотя бы в какие-то меры по проведению индивидуальных лечебных мероприятий. Интересно, что эти данные не реализуются и как рабочие документы, доступные персоналу, и никоим образом не влияют на практику обучения и воспитания, осуществляемую персоналом школы. Они делаются больше для проформы, так как групповые действия являются основными, а на индивидуальные нужды ребенка внимания не обращают. Например, если у ребенка отсутствует речь, то ему не предлагается изучение жестовой речи, он просто должен влиться в упражнения по декламации или пению, которые осуществляет группа, издавая хотя бы приблизительно похожие звуки. Ребенок должен сидеть тихо и слушать словесные объяснения, даже если он ничего не понимает. Физические упражнения и групповой распорядок дня являются центральным звеном программы Higashi, школьный учебный план плохо доходит до каждого ребенка, так как мало внимания уделяется тому, чтобы каждый ребенок разобрался в понятиях и значениях, а первостепенную значимость имеет лишь формальное выполнение деятельности. Процесс обучения в школе основывается на механическом запоминании и на имитационной деятельности. Например, каждый месяц заучивается новая песня, которая повторяется неоднократно в течение дня, а кроме того, происходит проговаривание в виде декламации большого количества событий и фактов.

Оценка эффективности программы Higashi показала, что наибольшим ее достижением является контроль стереотипных и деструктивных действий, а также развитие навыков самообслуживания, типа пользования туалетом и принятия пищи. Как только дети вырабатывают заданный «жизненный ритм», их паттерны сна, приема пищи, гигиенических навыков нормализуются. В этом ритме заложено успокаивающее действие, которое помогает осуществлению продуктивной деятельности.

Способность ребенка к самоконтролю возникает под действием присущего группе паттерна единообразия, благодаря высокому уровню прогнозирования групповых достижений и вследствие помощи взрослых. В связи с тем, что прогнозирование группового поведения расплывчато по минутам, дети очень быстро интегрируются в динамику групповой активности. Эффект в изменении их поведения может наблюдаться незамедлительно. Например, шестеро английских детей в течение 4-х месяцев были включены в данную программу и продемонстрировали, по данным опроса родителей, значительно опережающую обычную успешность в осуществлении указанных типов поведения. Вместе с тем по вопросам общения и социального взаимодействия существенных достижений не наблюдалось.

Хотя групповое обучение теоретически должно обеспечивать процесс общения и социализации между детьми, на практике в этом отношении данная программа достигает меньших успехов, чем традиционные школьные методы. Инспекторы национальной ассоциации по аутизму смогли отметить только один пример взаимопомощи между детьми во всей школе за время недельного пребывания, что существенно ниже количества подобных случаев в традиционных школах. В связи с этим есть основание считать, что следование групповому ритму существенно отличается от проявлений действительного социального подражания, что зачастую особенно трудно дается аутичным детям. Усилия школы, направленные на нормализацию поведения, на базе имитационных принципов, оказываются несостоятельными и истинного подражания не происходит, так как оно не может успешно осуществляться без индивидуального учета особенностей развития личности ребенка и его возможностей.

Однако нельзя недооценивать важность метода школы Higashi в успокаивающем действии на возбужденных детей и детей с деструктивным поведением. Без сомнения, в этой программе имеется многое, чему можно поучиться, особенно с точки зрения физического развития детей. Используя эти методы в совокупности с индивидуализацией подходов к социальному и интеллектуальному развитию детей, можно достичь положительных сдвигов в обучении

аутичного ребенка.

Метод выбора

А. S. Kaufman (1950), предлагает метод выбора, который предусматривает работу с аутичным с ребенком один на один в течение всего дня. Этот метод не является чем-то принципиально новым, а вытекает из длительного опыта А. S. Kaufman по обучению своего собственно аутичного сына, который не является типичным представителем аутичных детей, т. к. обладает очень высоким уровнем интеллекта. Он достиг очень хороших показателей как в области обучения, так и социальной реабилитации.

Метод выбора состоит из двух основных частей: первая направлена на изменение точки зрения родителей и учителей на ребенка, вторая - предполагает влияние этого нового отношения к ребенку на поведение родителей и учителей таким образом, что сам ребенок тоже начинает изменяться. Метод выбора не предполагает следование каким бы то ни было теориям возникновения аутизма, он лишь допускает наличие того, что коммуникативные и когнитивные затруднения могут быть биологически обусловлены. Он также предполагает, что мозг ребенка обладает способностью восстанавливать свои функции до нормального состояния при создании соответствующих условий.

Изменение отношения родителей и учителей прежде всего заключается в выборе, который они делают между состоянием счастья и состоянием горя и разочарования от того, что у них есть такой ребенок. Родители должны принять решение принимать своего ребенка таким, каков он есть, чтобы их любовь не зависела от каких бы то ни было изменений, происходящих в нем. Если родители отбрасывают все негативные эмоции по поводу нарушений, имеющих у ребенка, они скорее отмечают продвижение ребенка вперед. Ребенок рассматривается как субъект пытающийся настолько, насколько это возможно, освоить мир, который он не понимает. Его мучительное и стереотипное поведение, его социальная несостоятельность являются выражением невозможности самоконтроля, в связи с чем ему необходим опыт полного принятия его таким, каков он есть, что бы он ни делал, вместо того, чтобы подчинять его требованиям других людей.

Успех достигается взрослыми при индивидуальной работе с ребенком и при взаимодействии с ним на компанейских началах, чтобы ребенок понимал, что ему больше не нужно отгораживаться от окружающего мира. Необходимо играть с ним в его игры, принимая как должное все, что бы он ни делал, проявляя энтузиазм в любой, выбранной им деятельности и по-настоящему присоединяться к нему в этом, например, имитируя его стереотипные действия. Можно также предлагать ребенку какую-то свою деятельность, но всегда быть готовыми к отказу. Абсолютный энтузиазм взрослых по поводу того, что делает ребенок, должен быть ярко выраженным до степени крайнего преувеличения, для того, чтобы у ребенка не закралось и тени сомнения в том, что он любим и нужен и что все люди, которые его окружают, счастливы от того, что он такой, какой есть. На практике, конечно, встречаются существенные различия между тем, что родители имитируют, и между искренностью в поддержке любой деятельности ребенка.

Наиболее важным в этом методе является то, что ребенок, будучи крайне чувствительным, должен быть изолирован от всех, кто не знаком с принципами метода выбора. Для этого ребенку организуют собственное жизненное пространство - это одна комната или комната, совмещенная с ванной и туалетом, предпочтительно с односторонним зеркалом для возможности наблюдать за ним. Ребенок проводит все свое время, иногда в течение нескольких лет в этой комнате. Окно может пропускать свет, но не открывать обзора в окружающий мир. Ребенку предоставляется абсолютное позитивное отношение посредством изоляции. Некоторые исследователи подвергают сомнению этот метод с точки зрения этики и здоровья, однако А. S. Kaufman (1980) считает, что это единственный путь предоставить ребенку возможность абсолютного самоконтроля в течение всего времени. Аспект замкнутости, конечно, затрудняет использование данного метода в школьных условиях.

Экспертиза результатов применения метода выбора показала положительные изменения в состоянии родителей, которые полностью изменяли свое отношение к сложной ситуации, связанной с аутичным ребенком. При этом дети для них объективно становятся менее невыносимыми, чем раньше. Этот метод не причиняет зла ребенку и может иметь успех. При этом необходимо улучшить содержание обучения, с использованием новых аспектов коррекционного процесса, возникающих при использовании метода.

Е. Newson (1992) считает, что энтузиазм, выражаемый взрослыми, является слишком интенсивным раздражителем для состояния аутичного ребенка, который перекрывает или блокирует небольшие, но очень значимые для ребенка социальные сигналы. Это в некоторых случаях еще более ослабляет ребенка в социальном аспекте. С этой точки зрения преследование цели «быть счастливым» может оказывать неослабевающее гнетущее действие, несмотря на то, что ребенок является центром воздействия длительной проверки.

Подкрепленная музыкой коммуникативная терапия

Этот метод берет начало в подходе, который предполагает, что нормально развивающиеся младенцы чрезвычайно предприимчивы в своих социальных взаимоотношениях. Это выражается в том, что развитие паттернов нормального общения происходит через процесс осуществления ребенком и его ближайшим взрослым окружением возрастающих по сложности взаимодействий, в которых младенец принимает активное участие с первых месяцев своей жизни. Нормальный младенец от рождения обладает способностью использовать невербальные навыки общения, такие, как соответствующий контакт глаз, хватание, положение головы и тела, улыбка - все это является задолго до того, как произносятся первые слова или производятся первые жесты. Таким образом, ребенок способен не только сам реагировать на взрослого, но и предлагает взрослому, довольно своеобразными способами, откликнуться на его призывы. Младенец может выражать свое одобрение и неодобрение, чувствовать, проявлять и разделять определенные стремления, просить что-либо, принимать или отвергать что-то с

удовольствием, скукой или гневом, он может даже поддразнивать мать, используя движения и контакт глаз, - и все это может наблюдаться до достижения 12 месяцев.

Нормально развитые младенцы способны осуществлять такие действия в связи с тем, что они социально адаптированы, у них формируется эмпатия, которая предполагает функциональное использование контакта глаз и коммуникативное использование любого типа неязыкового общения. Без этого использование языковых средств детьми будет абсолютно невозможно, т. к. потеряется возможность диалога. Несомненно, социальная адаптация и социальная эмпатия это те компоненты, которые у аутичного ребенка находятся в состоянии дефицита, а речевые нарушения еще более затрудняют процесс понимания и выработки навыков в этом направлении. В то же время большинство родителей аутичных детей находят, что их дети способны осуществлять грубые, разрушительные игровые действия и в этот момент их отношение к родителям улучшается.

В построении программы обучения музыкальной коммуникативной терапии исходит из этого наблюдения. Целью программы является предоставление аутичному ребенку определенных рамок, в которых он мог бы почувствовать реализацию своих возможностей, которые для нормального младенца являются естественным видом коммуникации, и таким образом создать паттерн диалогического общения для дальнейшего речевого развития. Эта терапия пытается создать что-то вроде диалога с ребенком любым способом, в котором предложения к контакту могут поступать с обеих сторон. Большая часть этого обмена информацией в основном осуществляется в понятиях языка телодвижений, включая бег, прыжки, а также вокал, вдохи, контакт глаз и зрительное сосредоточение на одних и тех же объектах, таких, как шелковый шарф, размещенный между взрослым и ребенком, воздушный шарик, диванная подушка и т. д. Со временем взрослые начинают обозначать пением действия ребенка, придавая словам одобрительный оттенок, значимость и силу.

Данный вид терапии отличается от традиционной музыкотерапии тем, что здесь основная цель музыкального воздействия заключается в создании отношений не между музыкой и ребенком, а между ребенком и тем значимым для него человеком, с которым он проводит все свое время. Для детей в возрасте до 4-х лет, которые еще не посещают детских учреждений, таким значимым человеком может оказаться кто-то из родителей. Для детей, проводящих в школе полный учебный день, лучше всего, чтобы им стал их учитель и было бы неплохо, если бы у него была возможность хотя бы один час работать с ребенком наедине, а не только фронтально.

Совместные занятия ребенка с учителем и музыкотерапевтом позволяют: во-первых, формировать навыки музыкальной помощи в общении, которое более всего на данный момент необходимо ребенку (тогда как в традиционной музыкотерапии польза от взаимоотношений, устанавливаемых терапевтом, зависит от возможности переноса их на других людей, что можно считать за счастье, если это происходит); во-вторых, учитель использует в классе ритмы и диалоги, проработанные в музыкальной комнате, и может брать их за основу при обучении в течение недели. Причина, по которой музыка становится помощником, объясняется тем, что она более гибкая, чем разговорный язык, особенно, если используется в сочетании с движениями. Музыка можно выразить вербальное или жестовое приглашение, она может заменить отклик, может подождать, когда ребенок справится, может повторить фразу, может выразить печальное или ликующее настроение. Она может имитировать разные голосовые или дыхательные звуки, отметить какой-то значимый момент и дать ребенку просодическую и лексическую структуру фразы. Подавляющее большинство наиболее продуктивных моментов лучше проводить в спокойной обстановке созерцания, когда взаимодействие учителя и ребенка становится почти подпороговым с точки зрения пения и развивается на базе почти неуловимой взаимной игры касаний, шепота и взглядов. Это как раз та чувствительная реакция на настроение, которая наиболее контрастирует с методикой выбора и позволяет различать чувства, испытываемые во время занятий. С помощью музыкальной коммуникативной терапии до ребенка пытаются довести практическое понимание того, что и диалог, и взаимодействие возможны, и ввести его в состояние поддержания этого типа общения через опыт, который сам по себе коммуникативен и является аналогом активной речи. В процессе занятия ребенок сам формирует сильные личностные и доверительные связи со своим учителем, которые переносятся в класс и сохраняются в течение всей учебной недели.

Лингвистические навыки устной или жестовой речи накладываются на те рамки, которые созданы этой предварительной работой и, как оказалось, обучение речи идет с большей гибкостью и социальным отзвуком, чем когда работают только по линии коррекции поведения. Звуковое повторение не является большой проблемой для аутичных детей, и они могут осуществлять перенос сформированных навыков более свободно.

Необходимо подчеркнуть, что музыкотерапия является частью школьного учебного плана, как бы «проторяет путь» для обучения по другим дисциплинам, что, в свою очередь, формирует целостную систему школьной интеграции.

Музыкальная коммуникативная терапия пригодна для любого ребенка с аутизмом, вне зависимости от тяжести нарушения или от интеллектуального уровня. Более способные дети, пройдя через эту терапию, могут быть возвращены в массовые школы, где помощь им уже будет оказываться посредством других приемов, в большей мере развивающих эмпатию и социальную адаптацию, но на более высоком уровне. Для менее способных детей наличие более высокой степени коммуникации также позволит достигнуть больших успехов в обучении и социализации.

Рассмотренные выше методические подходы имеют как общие, так и отличительные черты, но ни один из них не может претендовать на то, чтобы быть панацеей во всех случаях при обучении и коррекции детей с нарушениями по типу аутизма.

ПОМОЩЬ И ПОДДЕРЖКА АУТИЧНЫХ ДЕТЕЙ В НИДЕРЛАНДАХ

В Нидерландах вопрос помощи лицам с аутизмом решается либо с точки зрения медицинского подхода к пониманию причин возникновения аутизма, либо с точки зрения психологической. Если говорить о медицинском подходе, то пациент получает медицинское лечение как больной, имеющий органическое церебральное нарушение,

однако, результаты такого лечения не совсем удовлетворительны, поскольку медики не могут купировать суть проблемы. Они в большей мере справляются с выраженными нарушениями поведения и прежде всего с проявлениями эпилепсии или гиперактивности, повышенной агрессивностью. Очень часто неплохие результаты дает постоянный прием лекарств при нарушениях сна.

В противовес этому психологический подход концентрируется на изменении поведения, на коррекции когнитивных нарушений и на развитии функциональных возможностей ребенка. Работа психологов в основном направлена на развитие способности взаимодействовать. Психологическая коррекция имеет следующие направления:

- специальная стимуляция и обучение для компенсации отставания в развитии;
- устранение или ослабление проявлений деструктивного поведения, невозможного для окружающих и затрудняющего формирование учебных и социальных навыков;
- предотвращение вторичных отклонений.

Психологический подход находится в жесткой зависимости от окружающей среды, в которой находится человек, имеющий аутичные проявления. Только наличие четкой структуры и хорошо организованного взаимодействия с окружающими может дать плодотворный эффект в преодолении когнитивных нарушений. В связи с нарушением мышления и самоконтроля, с отсутствием любознательности и наличием узкого кругозора, необходимо стимулировать все виды деятельности ребенка. Прежде всего голландские специалисты считают, что необходимо сознательно строить процесс обучения ребенка с другими детьми в его повседневной жизни. Исходя из этого, огромное значение приобретает выявление возможностей и интересов ребенка. Кроме того, необходимо специально формировать и закреплять целый ряд обычных навыков, которые у нормального ребенка развиваются спонтанно. Примером этому может служить узнавание, различение и выражение различных чувств, навыки общения и взаимодействия с другими людьми (например, контакт глаз или просьба о помощи в непредвиденной ситуации), занятия в свободное время. Одним из условий формирования новых навыков является очень медленное продвижение и достижение видимых целей. В связи с невозможностью прямого переноса сформированных навыков, необходимо заполнить весь день ребенка четко регламентированной деятельностью. Вместе с тем обязательным является использование различных компонентов деятельности без закрепления изолированных навыков. Например, обучая ребенка приготавливать кофе, необходимо одновременно стимулировать его к использованию соответствующего речевого сопровождения, визуального контакта и двигательных реакций. Поскольку ребенок теряет приобретенные навыки в групповой ситуации, необходимо использовать жесткий индивидуальный подход в разумных пределах.

Большое внимание в системе психологической коррекции уделяется работе с семьей. Важное значение здесь имеет не только практическая, но и эмоциональная помощь. В этом отношении в системе психологической помощи наблюдается переход от строго ориентированного на ребенка воздействия, к семейной или ситуационной терапии. Это вызвано, с одной стороны, стремлением родителей самим корригировать своих детей и наиболее полно включаться в процесс коррекционного обучения, что иногда просто необходимо, т. к. при посещении дневного стационара возникает масса непредвиденных проблем, которые не решить без участия родителей. С другой стороны, аутичные дети не в состоянии переносить полученные навыки на другие ситуации и вовлечение родителей и других членов семьи в систему обучения вызвано необходимостью. Педагогическая домашняя терапия основывается на принципе смены деятельности в семейной обстановке и осуществляется преимущественно самими родителями. Она очень эффективна для детей до 3-х лет, но по достижению этого возраста лучше, чтобы ребенок посещал детское учреждение, однако помощь родителей в виде домашних упражнений и поддержки также необходима.

В Нидерландах существует целый ряд учреждений, куда могут быть помещены дети с аутизмом: дошкольные центры по уходу за детьми в дневное время, медицинские дневные центры, психиатрические дневные стационары, специальные дошкольные учреждения. Для оказания помощи детям дошкольного возраста в дневное время, когда родители работают, можно отправить их в любое из перечисленных учреждений. Положительное влияние на социальное развитие ребенка будет оказывать его общение со сверстниками. Выбор дошкольного учреждения зависит от интеллектуального уровня развития ребенка, от особенностей его поведения и от возможностей учреждения данного региона обеспечить ему необходимое содержание и помощь. Ни одно из перечисленных учреждений не является специально организованным для детей с аутизмом, тем не менее в ряде из них имеются специалисты по коррекции аутизма. Аутичные дети должны помещаться в маленькие по численности группы с постоянной поддержкой и контролем специалиста. В этих группах не должно быть шумных, беспокойных детей, а сам ребенок должен работать в жестком структурированном режиме. В некоторых дошкольных учреждениях сформированы отдельные группы для аутичных детей.

Дневные центры для детей с умственной отсталостью предназначены для детей в возрасте от 3 до 7 лет с интеллектуальными нарушениями. В течение дня центр обслуживает от 30 до 50 человек, которые разделяются по группам в соответствии с возрастом и уровнем развития. Основное внимание уделяется формированию предметной деятельности и совершенствованию социальных навыков для интеграции детей в общество. Если у ребенка в этом центре наблюдаются заметные успехи, то он может быть в дальнейшем направлен в школу для детей с задержкой психического развития.

Медицинские дневные стационары рассчитаны на детей в возрасте от 2 до 7 лет, у которых наблюдается отклонения в развитии вследствие психических, физических или социальных факторов или дети группы риска по нарушению в развитии. Проблемы этих детей существенно отличаются по форме, но они как правило, очень серьезны и требуют длительной коррекции. В коррекции максимально используется участие родителей, которые, выполняя рекомендации специалистов, оказывают непосредственную помощь и поддержку ребенку. Длительность пребывания ребенка в центре индивидуальна для каждого случая, но в среднем составляет около полутора лет.

После пребывания в центре ребенок обычно продолжает обучение либо в массовой школе, либо направляется в систему специального обучения.

Психиатрические дневные клиники - это медицинские учреждения, где детей лечат в большинстве случаев до 12 лет, в них помещают детей с крайне тяжелыми нарушениями поведения, для которых посещение других детских учреждений невозможно.

Дошкольные учреждения специального типа являются центрами обучения для младших дошкольников с задержкой в психическом развитии.

Существуют также группы для детей в возрасте 1-2-х лет в системе общего школьного обучения, куда принимаются дети с нормальным интеллектуальным уровнем без выраженных проблем в поведении. Дошкольники с различного рода отклонениями в сенсорном, физическом или интеллектуальном развитии могут посещать либо специальные группы в соответствии с типом своего нарушения, либо группы для нормальных детей, т. е. быть интегрированы в обычное дошкольное учреждение. С 6-лет для дальнейшего обучения необходим выбор соответствующего учреждения в зависимости от интеллектуального уровня развития ребенка.

Для аутичных детей с глубокой степенью умственной отсталости наиболее подходящим учреждением является детский дневной центр, где дети продолжают обучение. Дети с менее выраженными интеллектуальными отклонениями чаще всего направляются в школы для детей с нарушениями в обучении, которые в России соответствуют вспомогательным школам. В учреждениях этого типа дети находятся до 20 лет. Система обучения в данного типа учреждениях существенно отличается от массовых школ. Изучаемые в них дисциплины напрямую зависят от индивидуальных возможностей детей и в значительной степени направлены на развитие самостоятельности, активности, расширение кругозора, заполнении досуга и на физическое совершенствование. Обучение здесь ведется на наглядно-действенном уровне. Подача учебного материала с точки зрения содержания и наглядности всецело соответствует индивидуальным особенностям развития ребенка.

Для детей с аутизмом, у которых не наблюдается явных признаков интеллектуального нарушения, наиболее значимым для выбора школы по дальнейшему обучению является определение степени и характера отклонений в поведении. В случае серьезных речевых нарушений аутичный ребенок направляется в школу для детей с тяжелыми нарушениями речи. Если же имеются выраженные отклонения в поведении, то ребенок поступает в школу для детей с тяжелыми проблемами, где осуществляется строго индивидуальный подход, исходя из специфических нарушений поведения. Кроме этих типов школ существуют школы для детей с замедленным темпом обучения, что в России соотносится со школами для детей с задержкой психического развития.

Для аутичных детей, не находящихся в системе специального обучения, в каждом районе имеется учитель, у которого они находятся на учете и который оказывает им специальную помощь. Иногда этот учитель может быть приписан к одной из школ района, иногда он входит в региональную группу, обслуживающую лиц с аутизмом.

В последнее время наметилась тенденция по образованию в специальных школах отдельных классов для детей с аутизмом.

Дополнительная индивидуальная терапия.

Многим детям с аутизмом необходима дополнительная индивидуальная терапия, которая обычно осуществляется непосредственно в том учреждении, в котором ребенок обучается. Этот тип терапии оказывается действенным лишь в том случае, если он проводится в тесной взаимосвязи со всем комплексом лечебных мероприятий.

Для детей до 3-х лет обычно проводятся следующие виды терапии:

- физиотерапия, для стимуляции развития моторики, сенсорного восприятия и их координации,
- логопедия, направленная на развитие спонтанной речи, общения и познавательной деятельности,
- индивидуальная игровая терапия, обучающая ребенка игровой деятельности, объясняющая функциональное назначение игрушек, их соотношение с реальными объектами.

В школьном возрасте перечисленные виды дополнительной терапии продолжают, однако наибольшее внимание уделяется развитию речи, причем, производится не только коррекция звукопроизношения, работа над семантикой и языковыми системами, но и над коммуникативными функциями речевого общения в целом.

Аутичные подростки и взрослые получают особый вид помощи - **социальное обеспечение** в отделах социального обслуживания, который состоит из различных типов тренировки. Начальными моментами для любого пациента являются: установление социальных контактов, формирование чувства полезности для других, выполнение несложных полезных заданий, саморазвитие, умение пользоваться деньгами. Результатами социальной работы должно быть формирование ответственности, способности адаптироваться и тренировка социальных навыков.

Дневной центр для взрослых осуществляет социальную работу с пациентами. Для этого предусмотрены различные виды деятельности, в которых конечным продуктом является социализация и интеграция в общество каждого индивидуума.

Центр развития занимается обучением социальным, физическим, экспрессивным и коммуникативным навыкам лиц с аутизмом. Здесь также осуществляется профессиональная подготовка. Воспитание и обучение аутичных детей - это очень трудная проблема и для некоторых семей со временем встает вопрос о том, куда поместить ребенка, по мере того, как он подрастает, так как у членов семьи возникают конфликты с ребенком, а иногда жизнь просто становится невозможной. Помещение ребенка в такой центр, который является стационарным учреждением, обусловлено необходимостью более тонкой диагностики или необходимостью медицинского вмешательства.

Учреждения для лиц с психическими нарушениями и для умственно отсталых (типа психоневрологических интернатов в России) представляют не только место для пребывания, а также осуществляют уход, медицинское обслуживание, наблюдение, диагностику, лечение для лиц любого возраста с легкой, средней и тяжелой степенью

интеллектуальных отклонений, причем, количество пожилых людей в них последовательно возрастает. В учреждениях этого типа предлагаются различные занятия в дневное время типа игр, музыки, обучения и работы. Пациенты живут в сообществах типа коммун в среднем по 10 человек, состав которых, по возможности, остается неизменным. Условия жизни пациентов максимально приближены к домашним, что особенно важно для группы лиц с легкими нарушениями интеллекта.

Кроме того, существуют благотворительные учреждения, базирующиеся на антропософской концепции, куда тоже могут быть помещены люди с аутичными проявлениями. В этих коммунах проживают и работают совместно люди с различным уровнем возможностей, способностей и интересов как с нарушенным, так и нормальным развитием. Каждый выполняет ту работу, которую он может: от домашних обязанностей до сложных операций в столярном деле, ткачестве, металлообработке, изготовлении игрушек, предметов быта, украшений, в уходе за животными на ферме, в садоводстве и огородничестве. Коммуна живет, подчиняясь определенному ритму: четко соблюдается режим дня с обозначением его начала и конца, отмечаются различные праздники. В домах все выполнено из природных материалов. Основной идеей совместного проживания является формирование ощущения собственной нужности и значимости для других людей, вне зависимости от степени нарушения интеллекта. В свободное время члены коммуны читают, музицируют, поют, танцуют, рисуют, занимаются спортом. Используется театротерапия, в постановке пьес максимально участвуют все члены коммун в соответствии со своим возможностями и способностями.

Профилактики для детей образовались из учреждений, куда родители отдавали детей, чтобы иметь возможность передохнуть. Они предназначены для профилактики, лечения и обслуживания детей до 15 лет, у которых имеются тяжелые нарушения здоровья или угроза каких-либо серьезных отклонений. Эти дети не могут в домашних условиях получать соответствующую помощь. Сюда попадают дети с физическими недостатками, с нарушениями поведения и с трудностями в обучении.

Лечение проводится по возрастным группам, оно тесно связано с обучением, т.к. в систему этих учреждений обычно либо включена школа, либо они связаны с какой-то школой. Сохраняется тесная связь с семьей, которая также оказывает помощь в случае необходимости. Лечение характеризуется строго индивидуальным подходом, продолжается около одного года и направлено на то, чтобы как можно быстрее вернуть ребенка в семью.

Психиатрические клиники для детей и подростков - оказывают лечебную помощь детям и подросткам с психическими нарушениями и отклонениями в поведении стационарно, либо амбулаторно. Сюда попадают лица с серьезными нарушениями, когда другие виды учреждений не могут оказать необходимую помощь, и лечение не может осуществляться в домашних условиях.

Некоторые клиники функционируют как самостоятельные учреждения, другие - входят в состав учебных институтов, психиатрических или объединенных больниц. Между клиниками существует большая разница в подходах к лечению, однако, все они осуществляют дифференцированную диагностику перед тем, как составить программу лечебных мероприятий.

Существенную роль в лечении детей с аутизмом играет вовлечение в терапевтический процесс ближайшего окружения ребенка: его родителей, братьев, сестер и т. д. При помещении ребенка в клинику контакт с семьей не прерывается и большое внимание уделяется его укреплению, т.к. ребенок потом возвращается в семью. Основная задача специалистов клиники заключается в том, чтобы научить ребенка самостоятельно пользоваться своими возможностями и развивать свои способности.

Дом доктора Лео Каннера - это единственное место в Нидерландах для аутичных детей с 14 лет, имеющих нормальный интеллект. Проживание детей осуществляется группами, которые формируются в зависимости от степени выраженности аутичных проявлений. Основной задачей этого учреждения является выявление и развитие потенциальных возможностей молодых людей посредством интенсивного индивидуального и группового терапевтического воздействия для того, чтобы человек приобрел социальную независимость. Для одних - это означает независимое проживание с минимумом помощи извне, для других - улучшение взаимоотношений и уровня общения с ближайшим окружением. Проживание в группе занимает центральное место в программе лечения. Посредством структурирования распорядка дня и окружения, подростку определяется четкое место в составе группы. Постепенно происходит усиление коммуникативных связей с группой и перенос этих отношений во внешнюю жизнь. В каждой группе имеется ежедневная программа работы с каждым подростком по выработке когнитивных и социальных навыков.

Ортопедические лечебные учреждения предназначены для аутичных детей с нормальным интеллектом, но имеющих трудности в обучении, что затрудняет их обучение в массовых школах. Прежде всего для таких детей создается благоприятный климат общения, в котором ребенок может оптимально развиваться. Кроме того, имеется масса возможностей для проведения индивидуальной коррекции.

Педологические институты - специализированные центры для обучения детей, связанные с университетами. Совместно они концентрируют свои усилия на выработке программы помощи ребенку или подростку и их семьям, основываясь на научных исследованиях, чтобы воплотить рекомендации в действенную помощь. Эта цель является общей для всех семи педологических институтов, имеющих в Нидерландах, однако, в подходах, методиках воздействия и методах исследований между ними имеется существенная разница. Педологические институты в своем составе обязательно имеют школу, в которой детям дается специальное обучение, соответствующее их возможностям. В педологические институты направляются дети с комплексными дефектами и часто с тяжелой степенью нарушений, что требует особых форм обучения и специфического подхода. Мотивы, по которым дети попадают в эти учреждения, могут значительно различаться, в частности, это может быть как повторное помещение ребенка в связи с особенностями какого-то аспекта его развития, так и помещение ребенка в связи с ярко выраженными аутичными проявлениями. Часто направление ребенка в педологический институт дает

результаты лишь в совокупности с дополнительными мерами воздействия, например, помещением его в интернат, связанный с институтом. Три из семи институтов имеют при себе интернаты для обучения. Помещение ребенка в педологический институт носит временный характер, время пребывания различается в зависимости от конкретного случая и составляет от 1 до 3 лет. Голландские специалисты считают, что проблема детского аутизма связана с глубокими нарушениями развития, и такие дети не могут быть полностью реабилитированы. Обращает на себя внимание, что индивидуальное развитие детей с аутизмом существенно различаются. Относительно критического периода, когда можно делать достаточно надежные прогнозы их дальнейшего развития, одни ученые выдвигают цифру 5 лет, а другие - 8 лет. Прежде всего это затрагивает умственное и речевое развитие ребенка. Несмотря на то, что реакция на коррекцию или лечение у каждого ребенка будет индивидуальной, по определенным проявлениям синдрома аутизма, могут быть достигнуты положительные результаты. Наибольшие сдвиги чаще всего наблюдаются по поведенческим проявлениям, например, по устранению вспышек гнева, нарушений сна, самоповреждениям. Коррекция, в основном, достает успехов в вопросах социализации, речевого развития и речевой коммуникации. Это имеет большое значение для развития социальных навыков и формирования относительной независимости пациентов, как, например, при самостоятельном передвижении на большие расстояния или при закупках в магазинах. Однако эти успехи часто связаны с совершенно определенными ситуациями и перенос заново сформированных навыков социального общения автоматически на другие ситуации невозможен. В области развития интеллектуальной деятельности успехи, зачастую, крайне незначительны. Тем не менее специальное лечение и коррекционное обучение, безусловно, могут дать толчок к улучшению дальнейшего развития аутичного ребенка, однако далеко не все дети могут достигнуть достаточной социальной адаптации и интеграции в общество, и это является существенным отличием аутичных детей от других форм глубоких нарушений развития, при которых многие дети могут быть реабилитированы так, что способны в дальнейшем жить независимо, а иногда даже работать и иметь спутника жизни.

Е. Д. Кесарев

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКИ ДЕТЯМ С АУТИЗМОМ В ШВЕЦИИ

В 50—60-х годах в мире доминировал психодиагностический подход к проблеме детского аутизма во взаимоотношениях в семье. Дело доходило до того, что родители «обвинялись» в болезни своих детей.

В Швеции психология психодинамического толка заняла ключевые позиции в обществе и стала влиять на формирование социальной политики, которая, за исключением некоторых позитивных моментов, оказала сдерживающее воздействие на развитие биологически ориентированной психиатрии.

В то время как в мире разрабатывались и внедрялись методы когнитивной и поведенческой терапии, в Швеции нельзя было об этом даже упоминать, не называя гнева «великих гуманистов».

Что же делали с детьми?

Дети ходили в спецшколы вместе с умственно отсталыми, помещались в интернаты или, в лучшем случае, в антропософские терапевтические коммуны.

В это время психологи «лечили» родителей, ограждая их от контакта с детьми во избежания их «пагубного» воздействия на ребенка.

Естественно, что родители, как самые заинтересованные лица, пытались, чем только можно, помочь своим детям. Они объединились в Ассоциацию, которая в 1988 году добилась создания экспериментального класса, в котором работали с детьми по бихевиористскому методу. Результаты должны были быть оценены через 3 года. Но уже на следующий год стали открываться новые классы.

Это было начало пути к организации действенной помощи аутичным детям. Детские психиатры взяли на себя научно-методическое руководство, постепенно привлекая специальных педагогов. Профессор Кристофер Гильберг из Гетеборга является одним из основателей организации современного научно обоснованного лечения больных аутизмом.

Под понятием аутизм и аутистические состояния подразумеваются развивающиеся до возраста 5 лет глубокие и долговременные нарушения когнитивной и эмоциональной сферы, последствием которых является значительное нарушение развития личности. При этом возникают ограничения следующих функций:

- социального взаимодействия,
- вербальной и невербальной коммуникации,
- нарушение поведения.

В научных исследованиях последних 20 лет утвердилось понятие «Нарушение аутистического спектра». В эту группу вошел и описанный в 1944 году синдром Аспергера.

КЛАССИФИКАЦИЯ АУТИЗМА

А. Ранний детский аутизм (до 2,5 года)

Б. Аутистические состояния:

- Дезинтегративный синдром (дезинтегративный психоз или деменция Геллерса).
- Синдром Аспергера.
- Детская шизофрения (в Швеции имеется менее 10 детей).
- Симбиотический психоз (Маллеровский психоз).

- Прочие состояния, напоминающие аутизм:

а) психомоторная эпилепсия,

б) гиперактивные дети.

Этиология аутизма полиформна, чаще всего причиной развития аутизма являются:

- наследственные когнитивные нарушения;

- наследственные заболевания, нарушающие функцию головного мозга;

- факторы, негативно влияющие на ЦНС во время беременности;

- осложненные роды и неблагоприятные воздействия в период новорожденности.

Детский аутизм необходимо дифференцировать с такими отклонениями в развитии, как:

- глухота,

- слепота,

- умственная отсталость;

- минимальная мозговая дисфункция (50% имеют аутичные проявления);

- недостаточное психосоциальное развитие;

- депрессии раннего детского возраста.

Аутичные дети могут в разной степени страдать от задержки психического развития и психических расстройств в виде тревожных состояний,

депрессий, депрессивной болезни, что влияет на проявление симптомов аутизма.

Комплекс реабилитационно-терапевтических мер, применяемых к больным аутизмом, включает в себя следующие мероприятия:

- раннюю диагностику,

- практическую помощь семье,

- специальные педагогические программы (программа ТЕАССН — лечение и обучение детей с аутизмом и подобными коммуникационными расстройствами, метод положительной модификации поведения проф. Ole Ivar Lovaas и др.),

- мильетерапию,

- работу с семьей,

- медикаментозное лечение (карбамазепин, валпроат, В6, фолиевая кислота, фенфлурамин, нейролептики),

- физические упражнения,

- психотерапию,

- альтернативные методы лечения (диета, витамины, компьютеры),

- непрерывность и преемственность реабилитационного процесса.

Дети, страдающие аутизмом, - это индивиды с собственными личностными особенностями, различиями в физическом состоянии, а также особыми семейными условиями.

Аутизм следует рассматривать как стойкое состояние ограничения психических возможностей, а не заболевание, которое можно полностью вылечить.

Принимаемые меры должны основываться на индивидуальном подходе к ребенку и быть направлены на достижение максимальной адаптации как ребенка к среде, так и среды к ребенку.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА

Раннее выявление нарушения развития ребенка является основополагающим для успешного лечения. В настоящее время проводятся исследования по диагностике в возрасте до 2-х лет. В детских психиатрических клиниках Швеции проводится комплексное обследование детей по установленным схемам.

Практическая помощь и лечение семейного кризиса.

Оказание практической и экономической помощи семье очень важно для нормализации внутрисемейных отношений. При необходимости предоставляется помощь психолога. Законодательство Швеции предусматривает финансирование и ответственность за оказание комплекса мер поддержки семье с аутичным ребенком.

Педагогическая работа.

Преподаватели должны иметь довольно обширные знания в области специальной педагогики, нормального развития ребенка и особенностях работы с аутичными детьми. При работе с аутичными детьми применяются следующие основополагающие принципы:

- уважение индивидуальности ребенка;

- постоянство окружающей среды;

- структура и целенаправленность в распорядке дня;

- содержание педагогических методов должно соответствовать возможностям ребенка.

Широко применяется программа ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children).

Разработка программы начата в штата Северная Каролина более 20 лет назад. Шведская Ассоциация родителей детей больных аутизмом активно работает по внедрению этой программы, которая в настоящее время используется для работы с детьми как в семье, так и вне ее. В программе широко используются визуальные вспомогательные средства.

Используется также модификация поведения по методу профессора Ловааса.

Этот метод, применяющий интенсивную бихевиористскую терапию (40 часов в неделю), испытывается в различных странах, в том числе и в Швеции, после того, как Ловаас в группе из 19 детей добился излечения почти у половины. Интересной особенностью метода является использование нормальных детей в качестве

вспомогательных терапевтов. Большое внимание уделяется обучению подражанию.

РАБОТА С СЕМЬЕЙ

В истории медицины нет другого примера «охоты за ведьмами», чем то чему на протяжении многих лет подвергались родители аутичных детей, обвиняемых без всякой научной основы в болезни собственных детей.

В последние годы Шведская Ассоциация родителей детей, больных аутизмом, сплотилась и сделала очень много для преодоления догматизма в области детской психиатрии и специального образования, внедрения в лечебную практику современных методов работы с аутичными детьми и организации специальных классов. Родители получают поддержку и знания, работая в группах родителей.

Фармакологическое лечение.

Медицинское лечение носит симптоматический характер. Применяются следующие препараты:

- антиэпилептические (карбозепин и валпроат);
- витамины (В6, 300—900 мг/день с магнием и фолиевая кислота 0,5—2 мг/кг), которые могут улучшать поведение;

- фенфлурамин (сомнительный эффект);
- нейрелептики (сомнительный эффект).

ПСИХОТЕРАПИЯ

Психодинамическая психотерапия не получила распространения при лечении аутизма. Возможен положительный эффект психотерапии при работе с подростками, у которых нет нарушений интеллекта.

Семейная терапия с участием больного ребенка противопоказана.

Психотерапия с родителями наряду с обучением работе с ребенком имеет большое значение.

Мильетерапия и другие формы лечения в учреждении.

Эти вопросы требуют индивидуального решения для каждого ребенка. Ни в коем случае нельзя жертвовать ребенком из-за соблюдения принципа интеграции и деинституализации.

Если ребенок не может быть приспособлен к среде, то должна быть выбрана оптимальная не травмирующая ребенка среда. Очень важно найти золотую середину.

В Стокгольме многие аутичные дети направлялись для учебы и проживания к антропософам. Последние 4-5 лет в связи с внедрением новых методов появилась возможность обучения детей в специальных классах.

В настоящее время 3/4 всех больных аутизмом требуют во взрослом состоянии специальной помощи. Имеется необходимость во взаимодействии психиатрии и социального обеспечения для планирования лечения, трудоустройства и проживания больных аутизмом. Используется опыт антропософских деревень, который реализуется в Швеции через планирование строительства домов коллективного проживания в сельской местности с возможностью выполнения несложных работ больными аутизмом.

Для лечения аутичных детей используются различные организационные формы:

- окружение нормальных детей (работа с персональным ассистентом),
- специальные детские сады и специальные группы в детских садах,
- специальные школьные классы,
- специальные группы продленного дня,
- дневные стационары для детей,
- интернаты,
- донорские семьи,
- терапевтические коммуны,
- дневные стационары для взрослых,
- лечебно-трудовые мастерские.

Например, для работы с аутичными детьми группа психолога Фредерики Миранда Линне использует бихевиористский метод проф. Ловааса, при этом число детей в классе составляет 3 человека при обслуживающем персонале в 4 человека.

Количество часов в неделю составляет 30, а время занятий - с 18.30 до 14.00. Затем у детей имеется продленный день - с 14.00 до 17.00.

С детьми, кроме того, работают педагоги свободного времени (3 чел.). На научно-методическое руководство отводится 10 часов в неделю, на обучение родителей - 1 вечер в месяц, индивидуальные беседы с родителями - 1 час в три недели. Таким образом, на 7 человек персонала в день работают с 3 детьми.

Созданная Ассоциация «Аутизм» борется за:

- адекватную помощь всем больным аутизмом,
- раннюю диагностику и исчерпывающую информацию родителям,
- единый взгляд на проблему аутизма, основанный на научном знании, подтвержденном практическим опытом,

- знания и опыт родственников должны приниматься во внимание,
- обучение всех категорий персонала, работающего с больными, -обеспечение персонала регулярной квалифицированной научно-методической помощью,

- вся терапевтическая деятельность имеет долгосрочное планирование и должна быть направлена на достижение максимально возможной самостоятельности во взрослой жизни,

- все виды терапевтической деятельности и их цели должны быть представлены родителям в письменном виде для выбора между различными альтернативами,

- должно быть более тесное, чем это сейчас, взаимодействие между наукой и практикой,
- представители Ассоциации должны участвовать в работе, связанной с планированием и развитием на местном, региональном и общегосударственном уровне,

Резюмируя, следует отметить, что в Швеции внедрение современных методов лечения аутизма задержано из-за догматизма психологов. Главной движущей силой в работе с такими детьми является ассоциация родителей. На будущее необходимы научные исследования, научно-методическое руководство и обучение специалистов, а также индивидуальный подход к проблеме интеграции таких детей в социум.

Т. Пеетерс

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ УЧЕНИКОВ С АУТИЗМОМ В БЕЛЬГИИ

Дети «с аутизмом» были всегда и, может быть, везде. Однако для них раньше не было названия. В легендах, рассказываемых в разных частях мира, говорится о так называемых «подменных детях»: злые духи похищают дорогого, смиренного ребенка человеческого и оставляют вместо него чужого, зловредного ребенка духа. Эти легенды можно считать первыми донаучными попытками подойти к явлению аутизма.

В английских источниках 19 века говорится о детском «безумии». В фламандской литературе Й. Кнеппельхайт пишет в 19 веке повесть «Безумный Трукен».

В 1943 году Л. Каннер опубликовал первую научную статью об 11 детях, которых он изучал в течение 5 лет. Эти дети отличались своими проблемами от детей, с которыми он работал раньше, причем ему бросилось больше всего в глаза отстранение этих детей от внешнего мира. Он решил назвать это явление «детским аутизмом», как название нового синдрома детской психиатрии, от греческого слова «autos» - «сам». Речь шла о замкнутых детях, хотя более поздние исследования, проведенные для выделения социальных признаков людей, страдающих аутизмом, показали, что название «аутизм» было плохо выбрано, так как многих детей с аутизмом можно характеризовать «активными, но странными», однако, не в коем случае замкнутыми.

В некоторых странах название «аутизм» вызвало немало недоразумений. В течение десятилетий многие ученые считали, что ребенок с аутизмом развивается как нормальный ребенок, но предпочитает отстраняться по своей воле от внешнего мира для того, чтобы защищаться от угрожающей действительности.

В 1970 году ученые Хермелин и О. Коннор опубликовали ряд исследований, которые существенным образом повлияли на представления об аутизме. Эти ученые подчеркивают, что в аутизме речь идет прежде всего о проблеме осознания значения: перед потоком восприятий аутисту весьма трудно отличить значительное от второстепенного. Однако эта способность необходима, прежде всего, при общении и социальном поведении для выделения значения, причем именно в этой области поведения, где отсутствие данной способности становится самым заметным. Чем больше требуется когнитивной гибкости при общении и социальных взаимоотношениях, тем заметнее становится стереотипное и часто «наизусть» выученное поведение аутистов. Следовательно, вместо того, чтобы считать аутизм эмоциональным расстройством, блокирующим развитие мышления, ведущим ко множеству проблем эмоционального характера. Эта новая теоретическая ориентация имеет непосредственное влияние на выбор оказываемой помощи. Вместо того, чтобы лечить эмоциональное расстройство путем психотерапии, необходимо обратить внимание, прежде всего, на нарушение мышления, на трудности, обнаруживаемые у аутистов в анализе значения. «Treatment is education» («лечить образованием») - звучит лозунг общества американских родителей. Согласно этому принципу, воспитание и обучение становятся основными методами лечения аутизма.

Что касается ограниченного происхождения аутизма, в этом вопросе пока нет полной уверенности. По результатам недавно проведенного эпидемиологического исследования Жиллберга и Стеффенбурга (1990), аутизм связан в 95% случаев с наследственными заболеваниями, медицинскими факторами и нейрофизиологическими нарушениями. Несмотря на то, что аутизм имеет биологическую основу, следует отметить его высокую этиологическую неоднородность. Ученые вынуждены были расстаться с наивной мечтой локализовать аутизм в определенном месте головного мозга, поскольку функциональные расстройства обнаруживаются в разных частях мозга. У некоторых аутистов отклонения наблюдаются в стволовой части головного мозга, а также в мозжечке, причем многие считают, что уже самая первая интеграция восприятий происходит с нарушениями. Другие считают, что некоторые из самых основных признаков аутизма объясняются расстройствами лимбической системы. У млекопитающих, например, лимбическая система отвечает за раннее формирование эмоциональной привязанности, раннее развитие игры и стремление к коммуникации (три функции, в которых у аутистов наблюдаются отклонения). Некоторые ученые отмечают, что люди с аутизмом обрабатывают всю информацию через синтезирующее правое полушарие головного мозга, вместо левого полушария, которое выполняет функцию анализа значений. Аутизм можно, таким образом, объяснить отсутствием доминанты левого полушария. Существуют и другие интересные гипотезы. С точки зрения биологии, между аутистическими группами наблюдается столько разниц, что нейробиологи предпочитают говорить об аутистических синдромах во множественном числе.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АУТИЗМА

Из высокой биологической неоднородности аутизма вытекает, что его диагностика медицинским способом не представляется возможной. Поэтому мы пока вынуждены ограничиться выделением симптомов нарушения поведения. Самыми знакомыми и широко используемыми диагностическими методами являются «CARS» (Childhood Autism Rating Scale=Шкала определения детского аутизма) и «Auti-schalen» (=шкала аутизма).

Широко распространенными классификациями аутизма (они часто используются при первом отборе)

являются так называемые «ICD-10» Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и «DSM-III-R» Американского общества психиатрии (АОП).

ВОЗ и АОП классифицируют «аутистическое нарушение» как основной тип «первазивного расстройства развития» (первазивный=ост-рый, проникающий в несколько областей развития), являющегося комбинацией качественных нарушений в области социальных взаимоотношений, вербального и невербального общения и воображения, а также чрезвычайно ограниченной сферы деятельности и интересов.

Важность этого определения заключается в том, что речь идет о комбинации нескольких параллельных, качественных нарушений (это значит, что нельзя взять отдельно какие-то социальные или коммуникативные признаки и назвать их аутизмом...).

Отметим также важность слова «качественный», т. е. эти нарушения нельзя объяснить только более низким возрастным развитием.

Приведем пример: ученик с умственной отсталостью соответствует физическому уровню развития 8-летнего, а уровень умственного развития соответствует 14 месяцам. Ребенок не говорит, отличается чрезвычайно незрелым социальным поведением и отсутствием символической игры. Это ненормально для 8-летнего ребенка, но совсем не странно для человека с уровнем развития 14 месяцев. Значит, здесь поведение не свидетельствует о «качественной разнице».

То же самое нарушение поведения может являться признаком аутизма, если ученик в возрасте 8 лет и с уровнем развития 4 года не говорит, не понимает игр типа «представь себе» и все еще не ищет утешения у мамы, когда ему больно.

Признаки аутизма являются всегда «относительными» признаками. Они отличаются в качественном плане: с одной стороны, они кажутся странными, если уровень развития ребенка известен, а, с другой стороны, совсем не странными, поскольку речь идет о признаках, которые наблюдаются и у нормального ребенка, у которого, однако, они связаны с определенным уровнем недоразвития, который быстро проходит. Таким образом, можно отметить, что ученики с аутизмом остаются значительно дольше «замороженными» на определенных уровнях развития, прежде всего, в области общения, социальных взаимоотношений и воображения.

Аутизм часто ассоциируется с детским возрастом. Однако дети становятся со временем подростками и взрослыми, причем человек с аутизмом имеет нормальную продолжительность жизни.

Многие считают, что речь идет о весьма небольшой группе людей.

Чаще всего в цитируемых эпидемиологических исследованиях называют цифру 4 или 5 на 100.000. Самые недавние эпидемиологические исследования, исходя из критериев «DSM-III-R», обнаруживают аутизм у 10 детей на 10 000.

Аутизм может сочетаться с разным уровнем интеллекта, при этом 60% детей с аутизмом имеют коэффициент интеллекта ниже 50, 20% - между 50 и 70, а только 20% имеют коэффициент интеллекта выше 70. В настоящее время случаев аутизма обнаруживается значительно больше, чем раньше, прежде всего, среди учеников с серьезными психическими нарушениями. Это является чрезвычайно важным фактом, поскольку если аутизм обнаруживается вместе с другим отклонением (как, например, умственная отсталость, глухота, слепота), главную роль при определении типа воспитания и обучения должен играть аутизм, в то время как другой дефект в этом отношении менее значим.

Может показаться, что Фландрия нуждается в эпидемиологическом исследовании, чтобы показать в точных цифрах распространенность аутизма. Однако аутизм, как нейробиологический синдром имеет одинаковую распространенность во всех странах, поэтому нет оснований предполагать, чтобы цифры во Фландрии отличались от цифр других стран.

В последние годы в специальной литературе и статьях все чаще и чаще встречаются названия «аутистический континуум» и «аутистический спектр», т. е. более обширные определения аутизма. При эпидемиологическом исследовании, проведенном в области Камбервелля под Лондоном, детский психиатр Л. Уинг (1979, 1981) установила, что 21,62% учеников страдает комбинацией проблем в области развития общения, социальных взаимоотношений и воображения. Может быть, эти проблемы не достаточно серьезного характера, чтобы заслужить название аутизма в таком смысле, как он определяется методом «DSM-III-R», но с воспитательной точки зрения эти проблемы можно считать аутистическими. Это значит, что для их решения нужна специальная помощь, как система воспитания и обучения, созданная в результате многолетней работы для учеников с аутизмом. Те, кто имеет проблемы параллельно в развитии общения, социальных взаимоотношений и воображения, нуждаются в методах работы, основывающихся на большей наглядности, визуальности и структурности.

С точки зрения трудностей в обучении, аутистических детей гораздо больше, чем теоретически классифицируемых как аутисты. Л. Уинг обращает большое внимание на большую группу учеников-аутистов с низким коэффициентом интеллекта. Шведские ученые обращают внимание на обучение группы «лучше функционирующих» аутистов, которые обучаются чаще всего в рамках общеобразовательной школы, но которых считают «трудными» учениками (чрезмерная подвижность, проблемы внимания, формирования личности, эмоциональной жизни и т. д.). У этих учеников при более подробном исследовании обнаруживается гораздо больше трудностей на уровне понимания, чем можно было бы предположить на первый взгляд и чем предусматривает их общий коэффициент интеллекта. В частности, речь идет о трудностях в понимании языковых абстракций, в познании общественной действительности, а также в развитии воображения. В других странах также особого внимания требуют дети с нормальным интеллектом при аутизме, которых иногда называют «аспергерами», по фамилии ученого Аспергера - современника Каннера.

Как среди учеников «с низким уровнем функционирования», так и среди тех, кто имеет «высокий уровень функционирования» встречаются ученики, которых с точки зрения педагогики можно характеризовать

аутистическими. Они нуждаются в таких же педагогических стратегиях, которые разработаны для аутистов. Конечно, для них эти стратегии необходимо приспособить индивидуально. Эта индивидуализация является, кстати, одним из основных принципов обучения аутистов. Доля учеников с аутизмом и подобными (когнитивными) отклонениями составляет, таким образом, больше, чем 20 на 10 000. На конференции, проведенной недавно во Фландрии, Л. Уинг отметила, что группа, на которую она ориентировалась в своем эпидемиологическом исследовании, совпадает лучше всего с типом аутизма, который Всемирная организация здравоохранения называет «аутизмом типа А», а Американское общество психиатрии называет первазивным (=острым, сильно воздействующим) нарушением развития. Другими словами, основные признаки аутизма определены, но недостаточно полно или отчетливо, чтобы им дать научное название «аутизм», однако, достаточно серьезно, чтобы их классифицировать как аутизм под категорией «первазивных нарушений развития». В этой связи интересно отметить, что у многих заинтересованных специалистов и родителей сложилось впечатление, что болеющих аутизмом, которые в определенной степени оставлены вне традиционных структур обеспечения имеется гораздо больше, чем тех, кто отвечает критериям определения аутизма. Поэтому многие общества родителей называются обществами для лиц с аутизмом и подобными нарушениями коммуникации или контактов. Например, для оказания помощи аутистам в рамках государственной программы ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children = лечение и обучение детей с аутизмом и подобными отклонениями коммуникации), осуществляемой в Северной Каролине (с численностью населения 6 млн., как во Фландрии), создана система обслуживания, охватывающая все этапы жизни аутистов и других нарушений коммуникации. Система состоит из 6 центров диагностики, 6 подключенных к ним центров консультации домашнего ухода, около 150 классов для детей и подростков и системы обеспечения взрослых жильем и работой.

Л. Уинг и К. Жиллберг, которые провели основную работу в области диагностики учеников с аутизмом и подобными нарушениями, установили, что в рамках существующей системы обучения многие ученики остаются в своем эмоциональном и когнитивном развитии без внимания, поскольку структуры социального обеспечения обращают слишком мало внимания на их проблемы в области развития взаимоотношений, общения и воображения. Другими словами, весьма большая группа учеников, обучаемых в рамках специального и массового образования, нуждается в специальной помощи, предназначенной именно для этой группы. Однако их потребности недооцениваются, вообще не признаются или остаются без должного внимания.

СПЕЦИФИКА ОБУЧЕНИЯ ПРИ АУТИЗМЕ

Чем отличается спецобучение типа «АУТИ»? На самом деле, оно является одновременно обычным и «специальным». Так как аутизм является «нарушением развития» (входящим в категорию умственной отсталости и нарушений процесса учения), логично, что это обучение не отличается в своей общей направленности от обучения детей с умственной отсталостью или отклонениями в учении. Однако при этом аутизм является «первазивным» нарушением развития, причем в определениях аутизма подчеркиваются признаки, которыми аутизм отличается от умственной отсталости.

До того как рассмотреть подробнее вопрос обучения, следует отметить еще раз, что аутисты, как и их родители, нуждаются в системе обслуживания другого типа, чем существующие системы. Аутизм является первазивным нарушением развития на всю жизнь. Поэтому аутистам и их родителям нужны системы обслуживания, специализированные по аутизму, для диагностики, домашней консультации, обеспечения образованием, работой, жильем и программами свободного времени. Созданная в Северной Каролине система, охватывающая все этапы жизни, позволяет 95% аутистического населения вести защищенную жизнь в рамках общества. Контрольные исследования, проведенные в других странах и регионах, показывают значительно более низкую долю - от 60 до 30%. Эта большая группа людей, живущих в рамках общества, благодаря государственной программе ТЕАССН, обеспечивается не только непрерывной цепью услуг, но и общей философией системы, подчеркивающей следующие принципы: воспитание и обучение основываются на социальной адаптации, детям должны оказывать помощь их родители, диагностика и исследования создают необходимую основу для педагогического подхода, за всеми методами лечения необходимо осуществлять эмпирический, научный контроль, педагогический подход к ученикам должен осуществляться на положительном фоне, работающих с аутистами необходимо специально подготовить.

В комплексе этой непрерывной системы обслуживания, созданной для всех этапов жизни аутистов, важную роль играют проблемы обучения их до возраста 21 года.

В 1985 году по трем направлениям специального обучения был начат экспериментальный проект по аутизму. С самого начала к работе подключился Центр подготовки по аутизму, который занялся подготовкой обучающих кадров (и, по мере возможности, руководства для центров диагностики).

Проект показал, что подготовка кадров является основным краеугольным камнем качественного обучения аутистов, поэтому было принято решение организовать подготовку кадров и для ряда новых так называемых «подготовительных школ». По грубым оценкам, во Фландрии существует в данный момент около 60 классов для обучения аутистов, в которых персонал имеет высокую или более низкую подготовку или совсем без подготовки (законодательством не предусмотрена необходимость специальной подготовки для специалистов, работающих по аутизму).

С самого начала было принято решение осуществлять подготовку кадров по 5 принципам, одновременно общеизвестным и новым, которые можно обобщенно применять и для обучения учеников со многими другими отклонениями развития. Во время недавно организованных курсов по повышению квалификации детский психиатр Л. Уинг высказала пожелание всем министрам образования взять за основу специализированную по аутизму подготовку для подготовки всех кадров обучения детей со средней или серьезной умственной отсталостью. В других странах многие «аути-стратегии» используются в обучении детей с серьезными умственными отклонениями (в таких

случаях вместо слова «аутикласс» используется название «структурный класс»).

Первый принцип подготовки заключается в приобретении фундаментальных теоретических знаний по аутизму. Здесь речь идет об аспектах, связанных с диагностикой и определением аутизма, причем подчеркивается, что отклонения, обнаруживаемые у людей с аутизмом в области общения, необходимо принять во внимание при обучении, которое должно поэтому отличаться от нормального. Из-за нарушения «социальных» признаков обучение аутистов нельзя основывать на базе групповой работы. Аутисты, попавшие в ситуации групповой работы со слишком высокими требованиями, рискуют отреагировать на эти слишком трудные ситуации проблемами в поведении. Поэтому к вопросу интегрирования аутистов необходимо отнестись весьма осторожно. Интеграция не должна быть средством, она является целью успешного обучения. Следует создавать для детей с аутизмом школьные условия, как можно лучше приспособленные к данному типу отклонения. Ребенок нуждается в начале больше в защите, чем в интеграции.

Фундаментальное понимание некоторых признаков отклонения в поведении (стереотипное, повторное поведение, стремление к неизменности...) позволяет установить, что аутисты имеют выраженные проблемы с переносом навыков с одной ситуации на другую, с одного человека на другого... Так как человек не учится для школы, а для жизни, этот факт заставляет обучающий персонал приложить особые усилия для того, чтобы работать вместе с родителями, в частности, для обобщения усвоенных навыков. Это сотрудничество является не роскошью, а профессиональной необходимостью.

Второй принцип заключается в организации обучения под девизом «основанная на базе исследований индивидуализированная программа обучения». Этот принцип важен из-за репутации учеников с аутизмом, согласно которой они не поддаются тестированию. Однако он не является сам по себе новым, а касается вообще всего обучения детей с отклонениями развития. Однако в случае аутизма для быстрого создания индивидуальной программы обучения существуют дополнительные причины. Одной из причин является чрезвычайно неравномерное развитие аутистических детей.

Например, с «аутистической умственной отсталостью» 9-летний имеет уровень умственного развития 4-летнего. Он может иметь координацию глаз с руками (навык 5-летнего ребенка), но более низкий уровень развития речи, символической игры и мышления, чем 4-летний ребенок. Следовательно, обучающий персонал должен обратить пристальное внимание на каждую область развития отдельно. Иначе он может недооценить или преувеличить способности ребенка, что ведет к тому, что ситуация для аутистического ученика становится невыносимо трудной. В таком случае ученик становится «необучаемым».

Третий принцип заключается в адаптации внешней среды к дефекту («альтернативный способ придания смысла»). Этот принцип не является сам по себе новым, на самом деле, он общеизвестен. Рельефный шрифт является методом адаптации внешней среды, позволяющим улучшить качество жизни слепого.

Если для аутизма нет рельефного шрифта, можно ли несмотря на это улучшить качество жизни аутиста путем адаптации его внешней среды? К счастью, это возможно.

Нормальные и умственно отсталые дети (до определенной степени) обладают достаточной творческой способностью для того, чтобы «выйти за пределы полученной информации».

Благодаря этой способности, у детей с помощью игрового способа развиваются общение, познание общественной действительности. Аутистические ученики живут в мире «буквальности». У них гораздо больше трудностей, чем предусматривает их психическое развитие. Они являются «бихевиористами». Мы можем помочь этим «бихевиористам», выражая свои ожидания на менее абстрактном уровне. Таким образом, аутистический ученик становится не только более самостоятельным, но и может найти в жизни больше смысла и эмоциональной уверенности. Так же как мы говорим об «альтернативном способе общения» для тех, кто не может говорить, мы можем употребить название «альтернативный способ придания смысла» для тех, кто не может найти смысла обычным способом.

Это происходит путем организации класса и конкретизации абстрактного понятия времени (ученики с аутизмом тоже нуждаются в организации своего времени, поскольку они в нем «заблудились»). Следовательно, мы составляем для них альтернативные расписания, придумываем альтернативные часы и т. д. Можно сказать, что концептуальное осознание смысла заменяется его перцептуальным осознанием. Никто не может жить без смысла, но аутистическим ученикам необходимы самые радикальные адаптации. Хотя этот принцип является общеизвестным и логичным, но адаптация внешней среды к аутизму происходит по другому, чем обычно, так как аутизм существенно отличается от других типов отклонений развития.

Четвертый принцип заключается в как можно более активной подготовке ученика к жизни взрослого человека. Умственно отсталый человек без аутизма, конечно, тоже нуждается в воспитании, чтобы он стал более самостоятельным взрослым, способным жить в обществе. Однако аутисту с одинаковым уровнем развития необходима для этого более интенсивная подготовка, поскольку помимо своей умственной отсталости, он имеет также отклонения в области общения. Поэтому аутисты не способны к спонтанному усвоению знаний при работе в группе. Они имеют также гораздо больше проблем с обобщением своих навыков. Эти отклонения в области общения, познания общественной действительности, дополнительные проблемы в процессе обобщения навыков приводят к тому, что процесс обучения требует гораздо больше времени, чем у людей с «одной только умственной отсталостью».

Кроме того, взрослые с аутизмом способны применять только те функциональные навыки, которым их научили. О выборе функциональных навыков, об их разделении на жизненно важные и такие, которые можно пока исключить из программы обучения, важно принять решение как можно раньше вместе с родителями.

Пятый принцип касается вопроса «как». Речь идет о необходимости адаптации способа воспитания и обучения к аутизму. Этот принцип является логичным: для слепых и глухих тоже разработано специальное

обучение. Разработка и адаптация соответствующей системы для учеников с аутизмом является, может быть, самой важной задачей, так как в «традиционном» специальном обучении такой системы не предусмотрено. Методы обучения аутистов имеют свои специальные критерии, так как аутистические дети имеют свои особые трудности.

Существующее специальное обучение, предлагающее педагогику, разработанную для умственно отсталых (она заключается, прежде всего, в упрощении), является недостаточным, поскольку человек с аутизмом отличается не только умственной отсталостью, но и, как отмечено выше, своими специальными проблемами, в частности, как найти выход из мира буквальности. (Эти проблемы наблюдаются на разных уровнях развития интеллекта). Для компенсации этого недостатка аутистам нужна помощь в виде дополнительных объяснений (т. е. обучающий персонал должен оказывать им помощь в понимании значений, которые при использовании обычных методов остаются им недоступными).

Аутистические ученики мыслят «визуально». Следовательно, при обучении аутистов, независимо от коэффициента их интеллекта, необходимо иметь визуальную поддержку.

В этой связи, следует отметить, что по результатам последних исследований вербальное и визуальное мышление организуются разными мозговыми системами.

Нейролингвистами придумано название «аугментативная коммуникация», обозначающая общение с помощью визуальной поддержки (жесты, рисунки, предметы и т. д.). Аналогично, обучение, специализированное для аутизма, можно назвать «аугментативным обучением», т. е. оно отличается тем, что в нем учитывается потребность аутистических учеников в визуальной поддержке.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В этой статье рассматривается формирование понятия аутизма, его распространенность, а также его обычное (и педагогическое) определение. С одной стороны, подчеркивается тот факт, что подготовка обучающего персонала и оказание помощи ученикам должны осуществляться параллельно с традиционными педагогическими методами. С другой стороны, отмечается, что теоретическое знание того, чем аутизм отличается от других отклонений (совокупностью проблем в области общения, познания действительности, воображения), ведет обязательно к тому, что подход к аутизму должен быть разным по отношению к другим отклонениям развития. «Первазивное нарушение развития» приводит к «первазивным» формам помощи.

Далее, аутизм является проблемой воображения. Для ученика с аутизмом основная проблема заключается в том, как выйти за пределы буквальных восприятий, как отойти от «реальности». Речь идет о недостатке воображения.

Родителям и обслуживающему персоналу весьма трудно войти в мир буквальности, где чрезвычайно мало абстрактности. Требуется офомное воображение, чтобы представить себя в мире человека без воображения.

Аутизм является в данный момент больше, чем когда-либо раньше политической проблемой, из-за связанных с ним экономических вопросов. От специалистов трудно ожидать, чтобы они, имея только существующие средства, были в состоянии обеспечить осуществление весьма необходимого сотрудничества с родителями, координации работы с интернатом, исследований навыков, намного более детального составления индивидуальных программ, тренировки новых навыков с обеспечением каждого ученика своим учителем, визуализации самых основных навыков, многолетней подготовки к бытовым и рабочим ситуациям взрослого человека, говоря только о самых важных моментах. Без дополнительных средств нам никогда не построить целостной специализированной системы обучения аутистов.

В последние годы министерством образования приложено немало усилий для организации в рамках специального обучения курсов повышения квалификации, предназначенных для подготовки кадров, специализированных по аутизму.

В этой связи выражаем свою признательность многим специалистам и организациям, которые, несмотря на все трудности, всеми возможными (и невозможными) средствами умудрились начать с организации аути-классов (надеясь на то, что после интенсивной работы в течение скольких лет органы власти наконец пойдут на встречу). Однако этой поддержки вес еще не видно, а в результате долгого ожидания, некоторые организации начали уже терять заинтересованность. Эти вечные проблемы никого не воодушевляют, особенно, если можно жить легче. Организации, обучающие персонал, после долгих лет ожидания помощи теряют интерес и распадаются. Родители не могут себе позволить эту роскошь, но без специальной помощи, обеспеченной законодательством, они оставлены на произвол судьбы и зависимы от частной благотворительности. Их аутистические дети не имеют прав, а только обязанности.

Без специально выделенных средств существует риск, что заинтересованные и обученные кадры с хорошей подготовкой работают только «высококвалифицированными нянями», вместо того, чтобы активно готовить аутистов к как можно более самостоятельной, защищенной жизни взрослого человека. Важно, чтобы органы власти поняли серьезность вопроса выделения финансовых средств на подготовку кадров, хотя она и играет весьма важную роль, но не может служить ответом на все вопросы, связанные с обучением учеников.

Ученикам с аутизмом необходимо оказывать помощь «другими средствами»: в этом отношении органам власти тоже не хватает воображения, в частности, как помочь адекватно этим «другим» ученикам, имеющим специальные потребности, не учитываемые специальным и массовым образованием...

В учредительном акте Европейского общества родителей говорится о правах учеников с аутизмом на специально организованное обучение, причем акт ссылается на права людей с умственной отсталостью и отклонениями развития.

Аутизм признается в данный момент, как глубоко изученный синдром детской психиатрии. Если в плане точного определения и дифференциальной диагностики этого синдрома имеются еще проблемы, это не значит, что

теоретических знаний о детях с аутизмом не хватает. Основные принципы педагогического подхода к аутизму также известны.

Кроме того, опыт, полученный за 30 лет работы по программе ТЕАССН, показывает, что «континуум», т. е. система непрерывной специальной помощи, охватывающая все этапы жизни, обеспечивает самые лучшие результаты при более низких затратах, чем при работе по менее подходящим традиционным формам обеспечения, ухода и лечения.

Вопрос, которому посвящена наша статья, звучит так: какие шаги необходимо сделать в целях защиты законных прав аутистов? Может ли цивилизованное общество в конце 20 века позволить себе отказаться от выделения средств, необходимых для защиты прав детей с аутизмом на их обучение, в котором они, по результатам научных исследований обязательно нуждаются.

Не находится ли такое общество, отказывающее своим самым больным гражданам в помощи, в постоянном состоянии несправедливости.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Башина В. М.* Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). 2-е изд. М.: Медицина, 1989.
2. *Башина В. М.* Ранний детский аутизм // Альманах «Исцеление». М., 1993.
3. *Башина В. М., Симашкова Н. В.* К особенностям коррекции речевых расстройств у больных с ранним детским аутизмом // Альманах «Исцеление». М., 1993.
4. *Блейлер Е. А.* Аутистическое мышление. Одесса, 1928.
5. *Вроно М. Ш.* О раннем детском аутизме (синдром Каннера) // Педиатрия. 1976. № 7.
6. *Вроно М. Ш.* Шизофрения у детей и подростков. М., 1971.
7. *Вроно М. Ш., Башина В. М.* К проблеме адаптации больных с синдромом раннего детского аутизма // Журн. невропат. и психиатр. 1987. №10. С. 1511—1516.
8. *Лебединская К. С., Никольская О. С., Баенская Е. Р. и др.* Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. М.: Просвещение, 1989.
9. *Каган В. Е.* Аутизм у детей. М.: Медицина, 1981.
10. *Каган В. Е.* Преодоление: неконтактный ребенок в семье. СПб.: Фолиант, 1996.
11. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979.
12. *Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985.
13. *Куперник К. Н.* Детский аутизм: ведущее поражение // Журн. невропат. и психиатр, им. С. С. Корсакова. 1972. № 10.
14. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития у детей. М.: МГУ, 1980.
15. *Лебединская К. С., Никольская О. С.* Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991.
16. *Лебединская К. С.* Нарушения эмоционального развития как клиничко-дефектологическая проблема. Дисс. на соиск. уч. ст. д-ра психол. наук, в форме научного доклада. М.: НИИ дефектологии РАО, 1992.
17. *Лебединский В. В., Никольская О. С. и др.* Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: МГУ, 1990.
18. *Либлинг М. М.* Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология. 1995. №
19. *Лисина М. И., Запорожец А. В.* Развитие общения у дошкольников. М., 1974.
20. Материалы Международной научно-практической конференции памяти К.С.Лебединской. М., 1995.
21. *Никольская О. С.* Психологическая коррекция раннего детского аутизма // Журн. невропат. и психиатр, им. С. С. Корсакова. 1980. № 10.
22. *Никольская О. С.* К типологии раннего детского аутизма // Невропат. и психиатр. 1987. № 10.
23. *Никольская О. С.* Проблемы обучения аутичных детей. // Дефектология. 199?, №
24. *Башина В. М., Козлова И. А., Ястребов В. С. и др.* Организация специализированной помощи при раннем детском аутизме: Методические рекомендации. М., 1989.
25. Ранний детский аутизм: Сб. научн. трудов / Под ред. Т. А. Власовой, В. В. Лебединского, К. С. Лебединской. М., 1981.
26. *Симеон Т. П.* Шизофрения раннего детского возраста. М., 1948.
27. *Спиваковская А. С.* Нарушения игровой деятельности. М.: МГУ, 1980.
28. *Сухарева Г. Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1974.
29. Дети с нарушениями развития. Хрестоматия. Учебное пособие для студентов и слушателей спец. факультетов / Сост. В. М. Астапов. М.: Международная педагогическая академия, 1995.

ручине - ценныи неродной
негароуину:

Т. 131-06-83

и. "Университет", ул. Сурган-
телин, д. 17б. индекс 117311

Директору Марии Серге-
евна - зам. директора (?)

Велии негароу - Пыркенъ-
таудъ Александра Григоръ-
евна.