

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. L.Kanner к одному из основных проявлений синдрома аутизма отнес искаженное развитие речи с только ему присущим неправильным использованием глагольных форм и местоимений по отношению к собственной личности. Он выделил так называемую запоздалую эхολалию, проявляющуюся в буквальном повторении вопросов с сохранением не только слов, но и интонаций. L.Bender описала своеобразное "деревянное", "чревоушательное" качество речи, механические модуляции голоса, особенности его высоты и тональности при этом виде патологии.

V.Hermelin и N. O'Connor, изучая особенности речи, мышления у детей с аутизмом и с 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 намного лучше, чем бессмыслица. У детей с аутизмом также снижена оценка грамматического строя речи. T.Shapiron и G.Ginsberg, анализируя качественные и количественные различия речи детей, больных РДА, и отстающих в развитии, выявили преобладание эхολалий 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 объяснила это явление тем, что для страдающих аутизмом свойственны неравномерность созревания речевой, как и других сфер жизнедеятельности, 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 клиникo-катамнестические исследования многих клиницистов. По мнению этих авторов, когнитивные нарушения составляют основу дефекта при РДА, при этом патология 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 и 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 и 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 средством коммуникации. Начальный этап работы заключался в адаптации больного ребенка к новым условиям, привыкании 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 оказалось, 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 эхолалия, 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, скандированное, 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, контаминации и др.).

Таким образом, у больных с ранним детским аутизмом отмечалась, так называемая "диспраксия развития". В коррекционной работе, направленной на преодоление "глобального дисбаланса" 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 заложенной 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 областей, 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 восстановление речи у обследуемых детей. На этом этапе коррекции, в процессе манипуляции с предметами, стремились развить не только тактильное, но и мышечное, кинестетическое, зрительное и слуховое их восприятие, отработать связи между всеми видами движения, действия, 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, четверостишьями, 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 пассов. Ребенка поглаживали, похлопывали, с силой охватывали его руки, прижимали его к себе, прикасались к его голове, телу (для усиления ощущения использовали иногда массажер). И, наоборот, учили ребенка осязать, касаясь его руками головы, лица, плеч, рук взрослого, прижимались щекой к щеке ребенка, придавали ему различные позы. Все эти действия комментировались речью. Матери предлагали проделывать те же пассы 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 их 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 в 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 соотнесение 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 картинках 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.