

3. Детский аутизм и АВА. АВА: терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения / Шрамм Роберт; переводчик: Измайлова-Камар Зухра, редактор: Сапожникова Светлана — Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014. — 208 стр.

4. Идёт работа. Стратегии работы с поведением. Учебный план интенсивной поведенческой терапии при аутизме / Рон Лиф, Джон Макэкен; переводчик: Лев Толкачев, — ИП Толкачев, 2016 г. — 608 стр.

5. Развитие основных навыков у детей с аутизмом. Эффективная методика игровых занятий с особыми детьми / Делани Тара; переводчик: Дегтярева В. И., редактор: Сапожникова Светлана — Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2016. — 272 стр.

ПРОБЛЕМЫ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ

КОРОЛЕВА Е. Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра медицинской психологии и психотерапии Гродно, Беларусь

Введение. В докладе научной группы ВОЗ (Женева, 1993), посвященном лечению психических расстройств, приводятся данные о том, что в разных странах мира лечение «первазивных» расстройств, представляет большие сложности. По данным Института аутизма в Лос-Анджелесе (ARI, 1993) о результатах терапии 11 569 больных детским аутизмом разными лекарственными средствами, отмечена лишь частичная эффективность в 25% случаев. Все это требует обязательного введения систем обучения для детей, больных аутизмом.

В 1992 г. в Гааге на IV Конгрессе Международной ассоциации «Аутизм – Европа» принята «Хартия для лиц с аутизмом», гарантирующая им право на обучение.

Обзор литературы.

Многие проблемы обучения и поведения у детей-аутистов являются результатом нарушения, искажения восприятия (*перцепции*) или процессов сенсорной информации. Эти затруднения могут обнаруживаться во всех модальностях чувств или их комбинациях, включая слух, зрение, обоняние, вкус, тактильное восприятие.

Некоторые дети-аутисты дают очень разные ответы на одни и те же сенсорные раздражители (на одни дают, на другие – нет).

Функционирование в любой сенсорной модальности у них может также вызывать адаптационные затруднения, особенно это касается слуховых и зрительных раздражителей, наиболее важных для развития, поскольку они тесно взаимосвязаны с когнитивными функциями.

Акселерация в раннем детском возрасте имеет ряд особенностей. Ускорение психического развития по сравнению с возрастной нормой даже на 2-1 год всегда делает ребенка «трудным», уязвимым к стрессовым, особенно к психологическим ситуациям, которые не всегда улавливаются взрослыми.

Акселерация может быть как самостоятельным клиническим феноменом, так и наблюдаться в рамках других психопатологических синдромов. В связи с этим может быть упомянут диспропорциональный вариант инфантилизма с характерным для него обилием «взрослых» черт в речи, мимике и поведении, а также эндокринный тип инфантилизма – «маленькие старички» при гипофизарном субнанизме. Большой интерес представляет социально-психологический вариант психической акселерации, который развивается при излишне «интеллектуализированном» воспитании ребенка (обычно среди взрослых) и социальной депривации в виде изоляции его от детского коллектива.

Прогноз изменения психического развития в виде акселерации в целом благоприятен, ибо, как правило, ее проявления с возрастом сглаживаются. В редких случаях интеллектуальная акселерация сохраняется, проявляясь выраженной одаренностью в той или иной, а иногда и во многих сферах психической деятельности.

Реабилитационная работа проводится комплексно группой специалистов различного профиля (детскими психиатрами, психологом, логопедом, педагогами-дефектологами, музыкальным работником, педиатром, невропатологом, сестринским персоналом).

Прежде чем перейти к изложению конкретных задач, следует изложить основные принципы обучения детей с аутизмом. Дети с трудом переходят от одного вида движений к другому, не подражают, не воспроизводят последовательной

цепи действий, в особенности моторных, сочетанных с речевыми ответами. Им трудно воспроизводить недавно усвоенные знания, в особенности знания из долговременной памяти, по требованию, при том что они легко всплывают аутохтонно, вне связи с контекстом занятий. У них при становлении речи обнаруживается декодирование слов. При постоянной стимуляции аутиста от этапа к этапу решается задача усложнения деятельности, увеличивается предлагаемый объем навыков и знаний. Следует обратить внимание на необходимость любые задания предлагать по возможности в наглядной форме, они должны быть всегда простыми, повторяющимися по несколько раз, с одной и той же последовательностью, одними и теми же выражениями (короткими, а затем развернутыми фразами).

Специфической терапии аутистических расстройств не существует и поэтому терапия носит преимущественно симптоматический характер. Основная цель лечения этих больных – воздействие на психопатологические симптомы и связанные с ними нарушения поведения, а также соматоневрологические проявления заболевания, стимуляция развития функциональных систем: когнитивных функций, речи, моторики, необходимых навыков или поддержание их сохранности, создание предпосылок и возможности обучения. Используются фармакотерапия (психо- и соматотропными средствами), психотерапия, физиотерапия и методы психолого-педагогической коррекции.

Помощь строится на базе клинико-нозологической оценки состояния больного ребенка с учетом его индивидуальных особенностей и представлена разными видами терапии: психофармакотерапия, физиотерапия, массаж, лечебная физкультура, индивидуальная и семейная психотерапия, педагогическая, логопедическая коррекция и др.

Фармакотерапия направлена, прежде всего, на купирование позитивных психопатологических расстройств, определяющих состояние больного, ослабление психической напряженности, которая в ряде случаев усиливается, на отрыв от матери и стационарирование.

В стабильных состояниях устойчивого аутистического дефекта, с минимальной выраженностью резидуальных

позитивных расстройств, большое внимание уделяется лечению *ноотропами* (ноотропил – пирацетам, энцефабол, пиридитол, фенибут, пантогам, пикамилон) и особенно аминокислотами (когитул, клерегил, глицин, глутаминовая кислота и др.).

Особое внимание уделяется *церебролизину*. Многочисленные экспериментальные исследования церебролизина (по данным литературы) показали наличие в его составе до 15 % пептидов.

Дизонтогенез речевого развития является одним из кардинальных проявлений детского аутизма и тесно взаимосвязан с когнитивными функциями. Опираясь на концепцию о том, что морфологическое и функциональное формирование речи в онтогенезе совершается не только под влиянием слуховых, зрительных, но и кинестетических импульсов, и в особенности на положение о том, что в периоде физиологического формирования речевой и моторной областей головного мозга действие проприоцептивной импульсации имеет значение, большое место отводится массажу, как общему, так и «речевому». Использование адекватных мероприятий по развитию речи у детей-аутистов первостепенно для преодоления задержки интеллектуального развития.

Основной принцип обучения навыкам речи заключается в постоянном проигрывании речевого общения по изучаемой теме на групповых занятиях с логопедом, закреплении полученных знаний на прогулке с педагогом, сестринским персоналом и в домашней обстановке с родителями.

По мере проведения индивидуальных и групповых занятий речь больных становится все более понятной и коммуникативной.

У большинства детей, больных аутизмом, преобладает аутистическая игра в воображении, без реализации вовне, без партнеров. У многих господствует манипулятивная игра с привязанностью к какой-либо одной игрушке и косным ее использованием. Нередко отсутствует соотнесение игрового материала с истинным его назначением, не возникает ориентировки на новые игрушки. Многие дети относятся к игрушкам как к предметам обихода, не отличая их от таковых, стремясь использовать игрушку как ролевой бытовой предмет.

Поэтому требуется оказание помощи в использовании игрушек соответственно видам игр на начальных этапах работы. Педагог, привлекая ребенка к совместной игре, развивает чувство симпатии друг к другу, формирование эмоционального контакта с ним, а затем с детьми старшего, младшего возраста и, наконец, со сверстниками.

Дифференциация: с шизофренией, умственной отсталостью с эмоциональными и поведенческими расстройствами, реактивным расстройством привязанности, с вторичными социоэмоциональными проблемами, специфическими нарушениями развития рецептивной речи и синдромом Ретта.

От этапа к этапу решается задача усложнения деятельности. Следует обратить внимание на увеличение предлагаемого объема навыков и знаний.

После усвоения определенных программ деятельность ребенка начинает постепенно видоизменяться и иногда скачкообразно может перейти на более высокий уровень

Коррекционная работа в целом может рассматриваться как коррекционная реабилитация. Такая реабилитация обычно охватывает физиологически благоприятные для развития ребенка сроки – возраст 2–7 лет. Но коррекционные мероприятия необходимо продолжать и в последующие годы (8–18 лет). Они должны заключаться в систематическом проведении коррекционных занятий ежедневно в течение месяцев и лет, ибо только в этом случае может быть достигнута социальная адаптация больных.

Литература:

1. Аппе Франческа. Введение в психологическую теорию аутизма / Франческа Аппе; пер. с англ. Д. В. Ермолаева. Москва: Тенериф, 2006. -216 с.
2. Баенская Е. Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма: автореф. дисс. докт. псих. наук. - М., 2008. - 46 с.
3. Беттельхейм Б. Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я / Б. Беттельхейм - пер. с англ. М: Академический проект: Традиция, 2004. - 784 с.
4. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М.М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А. В., Аршатская О. С./О. С. Никольская и др. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. М.: Теревинф, 2005. - 204 с.
5. Плаксунова Э. В., Исследование двигательной сферы у учащихся с аутизмом /Э. В. Плаксунова. Физическая культура: воспитание, образование, тренировка -2010.- №6.-С. 65-67.