

Проблема аутизма. Терапевтический подход к решению вторичной аутизации семьи

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

Резюме

В данном сообщении рассмотрена проблема вторичной аутизации и эффективность терапевтического подхода для семей, воспитывающих аутичного ребенка.

Ключевые слова: аутизм, вторичная аутизация, адаптация аутичного ребенка, социализация, мотивационная сфера

Аутизмом называют состояние психики, характеризующееся преобладанием «замкнутой внутренней жизни», активным отстранением от внешнего мира [1, 2]. Аутизм может быть как вторичным симптомом шизофрении, так и самостоятельной нозологической единицей. В последнем случае он возникает в первые годы жизни и называется ранним детским аутизмом (РДА). Аутизм, не входящий в спектр шизофренической симптоматики, характеризуется нарушениями всех сфер психики – сенсомоторной, перцептивной, познавательной, речевой и эмоциональной, а также недостаточно развитым социальным взаимодействием с окружающими. Согласно МКБ-10 среди нарушений психологического развития выделяют детский (типичный) аутизм и атипичный аутизм. Симптоматика детского аутизма проявляется в возрасте до трех лет, тогда как признаки психических нарушений при атипичном аутизме возникают, как правило, после 3-летнего возраста.

Этиология и патогенез раннего детского аутизма неясны. В качестве этиопатогенетических механизмов выдвигаются «теория эмоциональной холодности родителей», наследственные нарушения и органические поражения ЦНС [3]. В связи с проблемой аутизма актуальны вопросы диагностики данного нарушения, симптоматика которого имеет сходство с другими нарушениями нервно-психического развития. Детям с ранним детским аутизмом в первые 2-3 года жизни возможна постановка ошибочного диагноза, поэтому необходима четкая дифференциация РДА и других заболеваний, имеющих аналогичные клинические проявления. Частота встречаемости РДА колеблется от 4 до 6 на 10 000 детского населения. Соотношение мальчиков и девочек составляет примерно 4-5. IQ детей с РДА более чем в двух третях случаев ниже 70.

Клиническая картина аутистического синдрома у детей с РДА определяется проявлениями отрешенности, неспособностью к формированию общения, к опознаванию посторонних персон и неодушевленных предметов, отсутствием подражания, реакций на комфорт и дискомфорт, монотонно-однообразным характером поведения с «симптомами тождества» [4]. Для них характерно господство влечений, противоположные желания, аффекты, представления, отсутствие единства и внутренней логики в поведении. Эмоциональная реакция на близких ослаблена вплоть до полного внешнего ареагирования (так называемой «аффективной блокады»). Недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители придает детям сходство со слепыми и глухими. Во внешнем облике таких детей при обычной миловидности обращает на себя внимание взгляд, обращенный и пустоту, во внутрь себя, «взгляд мимо», с преобладанием зрительного восприятия на периферии поля зрения [5].

Моторика, как правило, угловатая, движения неритмичные, «закостенелые» или неточные, с тенденциями моторных стереотипов в пальцах, кистях рук, ходьбы на цыпочках, однообразного бега, прыжков с опорой не на всю ступню. Речь обычно не направлена к собеседнику, отсутствует экспрессия, жестикуляция, голос то тихий, то громкий, произношение звуков варьирует от правильного до неправильного [6, 7]. Часто наблюдаются отклонения тональности, скорости, ритма, отсутствие интонационного переноса, эхолалии, бессвязность, невозможность вести диалог. Длительно сохраняется тенденция к манерному словотворчеству. Характерны краткие фразы с «рыхлыми» ассоциациями, смещением мыслей, отсутствием личных глагольных и местоименных форм. У многих детей отмечаются нарушения инстинктивной жизни, инверсия цикла сна, нарушение аппетита, изменчивость мышечного тонуса до гипотонии или гипертонии. После полутора-двух лет становится отчетливой диссоциация развития личности с нарушением последовательности вытеснения примитивных функций сложными в пределах всех сфер деятельности.

Степень выраженности аутизма неодинакова, что несомненно зависит от генетической предрасположенности и внешних факторов (большинство авторов выделяют 4 степени РДА). К 3-5 годам жизни ребенка дизонтогенетические проявления в круге аутистического синдрома достигают своей наибольшей выраженности [8].

В современном обществе все чаще встречаются семьи, где воспитываются «особые дети», из них около 40 % аутисты. Многие родители не желают обсуждать болезнь ребенка, боясь осуждения; лишь некоторые идут на контакт со специалистами, тем самым помогая не только себе в воспитании ребенка, но и адаптируя его к современной жизни.

У аутичных детей проблема невозможности успешного усвоения социальных навыков возникает очень рано, как правило, между первым и вторым годом жизни [9]. Проявляется это в форме исчезновения ранее приобретенных навыков и отказа от овладения новыми, нарушаются также эмоциональная и речевая коммуникации. Появление аутичного ребенка является мощным стрессовым фактором для семьи в целом, и своевременное оказание ей психологической помощи существенно влияет на перспективу развития ребенка [10]. Очень важно не допустить деструктивной перестройки семейной системы и возникновение вторичной аутизации семьи, которые автоматически происходят в первые годы жизни ребенка и проявляются в сокращении контактов с окружающим миром, ухудшении эмоционального фона [11]. Возникает новый семейный стереотип, связанный с отношениями созависимости, которые вызывают в психологическом состоянии близких ребенка резкие травмирующие

изменения, затрудняющие для аутиста процесс адаптации. Любое явление, и аутизм в частности, существует в рамках некоторой системы, которой в данном случае является семья. Вторичная аутизация - наиболее часто встречающийся феномен в семьях, воспитывающих детей аутистов, заключающийся в том, что когда отличия ребенка становятся заметными окружающим, семья, чтобы скрыть их и не испытывать отрицательных эмоций, закрывается и еще больше аутизируется [12].

Члены семьи принимают на себя поведение ребенка, это проявляется в замкнутости самой семьи и не желании взаимодействовать с социумом. Часто в семьях, воспитывающих «особого» ребенка, у родителей появляется излишняя требовательность и нормативность по отношению к остальным членам семьи, в том числе и к самим себе [13, 14]. Кажется, что аутичному ребенку нужна такая нормативность и правильность, псевдоуважение и ориентация на проблему [15]. Но это не совсем верно, так как в первую очередь ему нужны живые, свободные, естественные, пусть и не всегда позитивные, реакции и люди, которые будут учитывать его особенности. Зачастую у матери возникает некая коалиция с аутичным ребенком, и все остальные члены семьи идут «побоку», что не полезно ни аутисту, ни остальным членам семьи [16, 17]. Состояние аутичного ребенка напрямую зависит от «поля», в котором он живет, а этим полем является вся семья. Поэтому очень важно всем членам семьи сохранять равные отношения друг с другом, не подчиненные аутичному ребенку. Мать, научившаяся адекватно справляться со своими собственными аффективными состояниями, неизбежно возникающими в процессе жизни с аутичным ребенком, и его научит эффективно переносить аффект [18].

Для решения данной проблемы существуют различные коррекционные центры, в которых проводятся занятия для семей, воспитывающих аутичного ребенка. Как известно, аутичные дети воспринимают человека как движущийся объект, имеющий положительные или отрицательные эмоции, в связи с этим фактом близкие аутичного ребенка должны нести только положительные эмоции, для лучшего восприятия и понимания ребенком внешней информации [19, 20]. Такие условия необходимы для успешной терапии.

Проблема терапии заключается в том, что многие из родителей испытывают потребность в персональном внимании при обсуждении своих проблем и проблем ребенка, тем самым реализуя свою потребность в исключительности [21, 22]. Между тем максимально эффективна именно групповая терапия. Бессознательное нежелание преодолеть аутизм у ребенка может быть связано и с нарушением доверия к миру у его матери. Аутичный же ребенок не доставит матери тревоги за его жизнь, которую она будет постоянно испытывать, если он будет отделен [23, 24].

В заключении хотелось бы отметить, что проблема вторичной аутизации семьи, воспитывающей аутичного ребенка, остается нерешенной; в современном обществе только начинают развиваться программы коррекционного обучения и терапии для семей воспитывающих «особых детей» [25]. Проведение терапевтических мероприятий для родителей целесообразно в рамках недирективной групповой психотерапии. Ведущим ее должен быть специалист, имеющий достаточно большой, как количественный, так и качественный, опыт общения аутичными детьми [26, 27]. В противном случае, вряд ли удастся установить необходимый уровень доверия, так как родители аутичных детей считают свое положение исключительным вследствие исключительности проблем, связанных с жизнью аутичного ребенка в семье и обществе [28, 29].

Литература

1. Аутизм. Под. ред. проф. Улумбекова Э.Г. - Москва, "2000 болезней от А до Я"; Гэотар-мед, 2002.
2. Вейс Т.Е. Ранний детский аутизм // Как помочь ребенку: опыт лечебной педагогики в Кэмпхилл общинах. - М.: Московский Центр вальдорфской педагогики, 1992.
3. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет // Альманах ИКП РАО. — 2001. — № 3.
4. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. — СПб.: ИСПИП, 1998.
5. Дименштейн Р.П., Герасименко О.А. О перспективах интегративных процессов в дезинтегрирующей среде // Возможности реабилитации детей с умственными и физическими ограничениями средствами образования. — Сб. научн. тр. и проектных материалов. — М.: Ин-т педагогических инноваций РАО, 1995.
6. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании ребенка с особенностями эмоционального развития // Альманах Института коррекционной педпгоики РАО. — 2000. — Вып. 2.
7. Башина В.М., Симашкова Н.В. Подходы к проблеме обучения детей с ранним аутизмом // Журнал «Школа здоровья».
8. Егорова Е. Человек дождя не вырастет в России // «Московский комсомолец». — 13.10.1998.
9. Каган В.Е., Исаев Д.Н. Диагностика и лечение аутизма у детей— Л.: Ленинградский педиатрический медицинский институт, 1976.
10. Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. —Москва, 2003.
11. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В., Проселкова М.Е. Опыт применения рисоплепта при лечении раннего детского аутизма и шизофрении у детей // Психиатрия и фармакотерапия. — № 2. — 2000.
12. Кудрявцева М.С. Цифры вместо бабочек // Первое сентября. — 2000. — № 41.
13. Кузьмина М. Если ребенок завис. Можно ли победить в борьбе с аутизмом? // Учительская газета. — 2000. - №12.
14. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностическая карта. Исследование ребенка первых двух лет жизни при предположении у него раннего детского аутизма // Диагностика раннего детского аутизма. — М.: Просвещение, 1991.
15. Лебединская К.С., Никольская О.С. Клинико-психологическая классификация // Диагностика раннего детского аутизма. — М.: Просвещение, 1991.
16. Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. Работа по развитию речи // Дети с нарушениями общения: ранний детский аутизм. — М.: Просвещение, 1989.

17. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990.
18. Либлинг М.М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология. — 1996. — № 3.
19. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Тренинг эффективного взаимодействия с детьми (с сокр.). - СПб: Речь, 2000.
20. Мнухин С.С., Зеленецкая А.Е., Исаев Д.Н. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — 1967. — № 10.
21. Мнухин С.С., Исаев Д.Н. Об органической основе некоторых форм шизоидных или аутистических психопатий // Труды ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева. — Т. ЛII, 1969.
22. Морозов С.А., Морозова Т.И. Мир за стеклянной стеной // Материнство. — № 10 (13).
23. Никольская О.С. Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. — 1995. — № 1.
24. Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития — СПб: Питер, 2001.
25. Семаго Н., Семаго М. Диагностика базовой аффективной регуляции // Школьный психолог. — 2001. — № 5.
26. Скворцов И.А., Селиванова Е.А., Башина В.М., Мутовин Г.Р., Нефедова И.В. Пронина Ю.С. Синдром Мартина-Белл. - Москва, 1999.
27. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста — СПб: Питер, 1999.
28. Чистович Л.А., Кожевникова Е.В. Возможный российский вариант программ раннего вмешательства // Возможности реабилитации детей с умственными и физическими ограничениями средствами образования. — Сб. научн. тр. и проектных материалов. — М.: Ин-т педагогических инноваций РАО, 1995.
29. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. — СПб: ПитерКом, 1999. Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. — СПб: ПитерКом, 1999.