**Аутизм.**

**Психологические особенности детей с ранним детским аутизмом.**

Проблема раннего детского аутизма (далее РДА) является одним из важных направлений исследований в специальной психологии и коррекционной педагогике. Детский аутизм – это особая форма нарушенного психического развития с неравномерностью формирования различных психических функций, со своеобразными эмоционально-поведенческими, речевыми и иногда интеллектуальными расстройствами.

Необходимо знать, что «аутизм» - это медицинский диагноз, и первичная диагностика должна проводиться медицинскими работниками, цель которых – дифференцировать РДА от других нарушений развития (например, олигофрении, алалии, шизофрении). Диагноз РДА - должен ставить только врач психиатр.

Первые признаки аутизма проявляются у ребенка в течение первых двух лет жизни. Особенно ярко аутизм проявляется в возрасте 3–5 лет и сопровождается страхами, негативизмом, агрессией.

Одним из основных методов диагностики РДА в дошкольном возрасте в арсенале психолога является структурированное наблюдение. Предварительно необходимо провести сбор анамнестических сведений об особенностях развития, так как наиболее очерченные проявления наблюдаются у детей уже в раннем возрасте.

В раннем возрасте возможно несколько типов реакции по отношению к близкому взрослому (прежде всего к матери):

1. Дети *не реагируют на присутствие или удаление матери*, не тянутся к ней, а взятые на руки остаются пассивными, не выраженность «комплекса оживления» (отсутствие фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных реакций в виде смеха).
2. Возможна и *негативная форма реакции при контакте с матерью*, когда ребенок относится к ней недоброжелательно, гонит ее от себя и не только не обнимает, а даже стремится ударить.
3. Существует также *симбиотическая форма контакта*, наблюдаемая у более старших детей, когда ребенок отказывается остаться без матери, тревожен при ее отсутствии (при этом он может не проявлять к ней ласки и нежности).

У детей дошкольного возраста в качестве основных компонентов аутизма выделяют:

1. «*Уход в себя*», значительное снижение контактов с окружающими или полное отсутствие их, погруженность в свой внутренний мир. Ребенок избегает раскрывать содержание своего внутреннего мира, часто вообще не поддерживает беседу, молчит в ответ на задаваемые вопросы. И лишь по неожиданным фразам, случайно произнесенным словам, звукам, жестам можно косвенно догадаться о его страхах, переживаниях, фантазиях.
2. «*Избегание контакта*» проявляется в том, что ребенок в присутствии родных или в коллективе сверстников как бы игнорирует окружающих, держится отстранено и изолировано. Для этих детей характерны отсутствие сопереживания по отношению к близким, черты холодности, отчужденности.
3. *Повышенная чувствительность к световым, слуховым, тактильным, температурным раздражителям*. Это приводит к тому, что окружающая среда для ребенка с РДА становится источником эмоционального дискомфорта. Дети повышено ранимы к резкому тону, замечанию в свой адрес. Человеческое лицо также нередко становится чрезмерным раздражителем, чем объясняется отсутствие прямого зрительного контакта.
4. *Нарушение чувства самосохранения* с элементами *самоагрессии*. Они могут неожиданно выбежать на проезжую часть, у них отсутствует «чувство края», плохо закрепляется опыт опасного контакта с острым и горячим.

Все вышеперечисленное, а также постоянный эмоциональный дискомфорт создает у ребенка почву для возникновения страхов. Страхи занимают одно из ведущих мест в формировании аутистического поведения этих детей. При налаживании контакта обнаруживается, что многие обычные предметы и явления (определенные игрушки, бытовые предметы, шум воды, ветра и т.д.), а также некоторые люди вызывают у ребенка постоянное чувство страха.

Выделяется четыре группы РДА. В настоящее время наиболее распространена классификация, выделенная О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг. Основой для систематизации являются способы взаимодействия с окружающим миром и способы защиты, вырабатываемые детьми с РДА.

I ГРУППА – наиболее тяжелая форма аутизма. Характерные признаки:

эмоциональный контакт со взрослыми отсутствует;

реакция на внешние раздражители слабы;

может присутствовать мутизм;

типична мимическая маска глубокого покоя;

характерно полевое поведение (бесцельное перемещение по комнате);

избегание сильных стимулов, вызывающих страх (шум, яркий свет, прикосновение и т.д.).

II ГРУППА. Характерные признаки:

присутствует реакция на неприятные физические ощущения (боль, холод, голод);

в речи преобладают однотипные штампы-команды;

возможно выполнение просьб матери;

чрезмерная привязанность к матери;

сочетание эмоциональной холодности к окружающим с повышенной чувствительностью к состоянию матери;

стереотипные действия, направленные на стимуляцию органов чувств (шуршание бумагой, вращение предметов перед глазами и т.д.);

стимулирование вестибулярного аппарата раскачиванием, подпрыгиванием и т.д.;

ритуализация повседневной жизни.

III ГРУППА. Характерные признаки:

наличие речи в виде эмоционально насыщенного монолога;

способность выразить свои потребности посредством речи;

конфликтность;

поглощенность одним и тем же занятием;

большой словарный запас “книжного характера”;

парадоксальное сочетание тревожности и пугливости с потребностью в повторном переживании травмирующих впечатлений.

IV ГРУППА - наиболее благоприятная в плане коррекции. Характерные признаки:

способность к общению;

интеллектуальные функции сохранны;

чрезмерная потребность к защите и эмоциональной поддержке со стороны матери;

присутствие ритуальных форм поведения;

круг общения ограничен близкими взрослыми;

трудности в усвоении двигательных навыков.

**Особенности познавательной и эмоционально-волевой сферы детей с ранним детским аутизмом**

|  |  |
| --- | --- |
| **Внимание** | Недостаточность общего, и в том числе психического, тонуса, сочетающаяся с повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью, обусловливает крайне низкий уровень активного внимания. С самого раннего возраста отмечается негативная реакция или вообще отсутствие какой-либо реакции при попытках привлечения внимания ребенка к предметам окружающей действительности. У детей, страдающих РДА, наблюдаются грубые нарушения целенаправленности и произвольности внимания, что препятствует нормальному формированию высших психических функций. Однако отдельные яркие зрительные или слуховые впечатления, идущие от предметов окружающей действительности, могут буквально завораживать детей, что можно использовать для концентрации внимания ребенка. Это может быть какой-либо звук или мелодия, блестящий предмет и т.п. Характерной чертой является сильнейшая психическая пресыщаемость. Внимание ребенка с РДА устойчиво в течение буквально нескольких минут, а иногда и секунд. |
| **Ощущение и восприятие** | Для детей с РДА характерно своеобразие в реагировании на сенсорные раздражители. Это выражается в повышенной ceнсорной ранимости, и в то же время, как следствие повышенной ранимости, для них характерно игнорирование воздействий, а также значительное расхождение в характере реакций, вызываемых социальными и физическими стимулами. Если в норме человеческое лицо является самым сильным привлекательным раздражителем, то дети с РДА отдают предпочтение разнообразным предметам, лицо же человека практически мгновенно вызывает пресыщение и желание уйти от контакта. |
| **Память** | С самого раннего возраста у детей с РДА отмечается хорошая механическая память, что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний. Именно эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего: информация входит в сознание детей целыми блоками, хранится, не перерабатываясь, и применяется шаблонно, в том контексте, в котором была воспринята. Дети могут снова и снова повторять одни и те же звуки, слова или без конца задавать один и тот же вопрос. Они легко запоминают стихи, при этом строго следят за тем, чтобы читающий стихотворение не пропустил ни одного слова или строчки. В ритм стиха дети могут начать раскачиваться или сочинять собственный текст. Дети данной категории хорошо запоминают, а затем однообразно повторяют различные движения, игровые действия, звуки, целые рассказы, стремятся к получению привычных ощущений, поступающих через все сенсорные каналы: зрение, слух, вкус, обоняние, кожу. |
| **Речь** | У детей с РДА отмечается своеобразное отношение к речевой действительности и одновременно – своеобразие в становление экспрессивной стороны речи. При восприятии речи заметно сниженная (или полностью отсутствующая) реакция на говорящего. «Игнорируя» простые, обращенные к нему инструкции, ребенок может вмешиваться в не обращенный к нему разговор. Лучше ребенок реагирует на тихую шепотную речь. Первые активные речевые реакции, проявляющиеся у нормально развивающихся детей в виде гуления, у детей с РДА могут запаздывать, отсутствовать или быть обедненными, лишенными интонирования. То же самое относится и к лепету. Первые слова у детей появляются обычно рано. В 63% наблюдений это обычные слова: «мама», «папа», «деда», но в 51% случаев они использовались без соотнесения со взрослым. У большинства с двух лет появляется фразовая речь, как правило, с чистым произношением. Но дети практически не пользуются ею для контактов с людьми. Они редко задают вопросы; если таковые появляются, то носят повторяющийся характер. При этом наедине с собой дети обнаруживают богатую речевую продукцию: что-то рассказывают, читают стихи, напевают песенки. Некоторые демонстрируют выраженную многоречивость, но, несмотря на это, получить ответ на конкретный вопрос от таких детей очень сложно, их речь не сочетается с ситуацией и никому не адресована. Дети наиболее тяжелой, 1-й группы, по классификации К.С. Лебединской и О.С. Никольской, могут так и не овладеть разговорным языком. Для детей 2-1 группы характерны «телеграфные» речевые штампы, эхолалии отсутствие местоимения «я» (называние самого себя по имени или в третьем лице – «он», «она»). |
| **Мышление** | Как отмечают О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, не следует вести речь об отсутствии при РДА отдельных способностей, например, способности к обобщению, к планированию. Уровень интеллектуального развития связан, прежде всего, со своеобразием аффективной сферы. Они ориентируются на перцептивно яркие, а не на функциональные признаки предметов. Эмоциональный компонент восприятия сохраняет свое ведущее значение при РДА даже на протяжении школьного возраста. В итоге усваивается лишь часть признаков окружающей действительности, слабо развиваются предметные действия.  Развитие мышления у таких детей связано с преодолением огромных трудностей произвольного обучения, целенаправленного разрешения реально возникающих задач. Многие специалисты указывают на сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую. Такому ребенку трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости. Это очень ярко проявляется в пересказе учебного материала, при выполнении заданий, связанных с сюжетными картинками. В рамках стереотипной ситуации многие аутичные дети могут обобщать, использовать игровые символы, выстраивать программу действий. Однако они не в состоянии активно перерабатывать информацию, активно использовать свои возможности с тем, чтобы приспосабливаться к меняющимся окружению, среде, обстановке. В то же время интеллектуальная недостаточность не является обязательной для раннего детского аутизма. Дети могут проявлять одаренность в отдельных областях, хотя аутистическая направленность мышления сохраняется. |
| **Эмоционально-волевая сфера** | Нарушение эмоционально-волевой сферы является ведущим признаком при синдроме РДА и может проявиться в скором времени после рождения. При аутизме резко отстает в своем формировании самая ранняя система социального взаимодействия с окружающими людьми – комплекс оживления. Это проявляется в отсутствии фиксации взгляда на лице человека, улыбки и ответных эмоциональных реакций в виде смеха, речевой и двигательной активности на проявления внимания со стороны взрослого. По мере роста ребенка слабость эмоциональных контактов с близкими взрослыми продолжает нарастать. Дети не просятся на руки, находясь на руках у матери, не принимают соответствующей позы, не прижимаются, остаются вялыми и пассивными. Обычно ребенок отличает родителей от других взрослых, но большой привязанности не выражает. Они могут испытывать даже страх перед одним из родителей, могут ударить или укусить, делают все назло. У этих детей отсутствует характерное для данного возраста желание понравиться взрослым, заслужить похвалу и одобрение. Слова «мама» и «папа» появляются позже других и могут не соотноситься с родителями. Все вышеназванные симптомы являются проявлениями одного из первичных патогенных факторов аутизма, а именно снижения порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром. У ребенка с РДА крайне низкая выносливость в общении с миром. Он быстро устает даже от приятного общения, склонен к фиксации на неприятных впечатлениях, к формированию страхов. К.С. Лебединская и О.С. Никольская выделяют три группы страхов: типичные для детского возраста вообще (страх потерять мать, в также ситуационно обусловленные страхи после пережитого испуга); обусловленные повышенной сенсорной и эмоциональной чувствительностью детей (страх бытовых и природных шумов, чужих людей, незнакомых мест); неадекватные, бредоподобные, т.е. не имеющие под собой реального основания. |
| **Особенности игровой деятельности** | Для детей при РДА с раннего возраста характерно игнорирование игрушки. Дети рассматривают новые игрушки без какого-либо стремления к манипуляции с ними, либо манипулируют избирательно, только одной. Наибольшее удовольствие получают при манипулировании с неигровыми предметами, дающими сенсорный эффект (тактильный, зрительный, обонятельный). Игра у таких детей некоммуникативная, дети играют в одиночку, в обособленном месте. Присутствие других детей игнорируется, в редких случаях ребенок может продемонстрировать результаты своей игры. Ролевая игра неустойчива, может прерываться беспорядочными действиями, импульсивной сменой роли, которая тоже не получает своего развития. Игра насыщена аутодиалогами (разговором с самим собой). Могут встречаться игры-фантазии, когда ребенок перевоплощается в других людей, животных, предметы. В спонтанной игре ребенок с РДА, несмотря на застревание на одних и тех же сюжетах, и большом количестве просто манипулятивных действий с предметами, способен действовать целенаправленно и заинтересованно. Манипулятивные игры у детей данной категории сохраняются и в более старшем возрасте. |
| **Особенности учебной деятельности** | Любая произвольная деятельность в соответствии с поставленной целью плохо регулирует поведение детей. Им трудно отвлечься от непосредственных впечатлений, от положительной и отрицательной «валентности» предметов, т.е. от того, что составляет для ребенка их привлекательность или делает их неприятными. Кроме того, аутистические установки и страхи ребенка с РДА – вторая причина, препятствующая формированию учебной деятельности во всех ее неотъемлемых компонентах. В зависимости от тяжести нарушения ребенок с РДА может обучаться как по программе индивидуального обучения, так и по программе массовой школы. В школе по-прежнему сохраняется изолированность от коллектива, эти дети не умеют общаться, не имеют друзей. Для них характерны колебания настроения, наличие новых, уже связанных со школой страхов. Школьная деятельность вызывает большие затруднения, учителя отмечают пассивность и невнимательность на уроках. Дома дети выполняют задания только под контролем родителей, быстро наступает пресыщение, утрачивается интерес к предмету. В школьном возрасте для этих детей характерно усиление стремления к «творчеству». Они пишут стихи, рассказы, сочиняют истории, героями которых они являются. Появляется избирательная привязанность к тем взрослым, которые их слушают и не мешают фантазированию. Часто это бывают случайные, малознакомые люди. Но по-прежнему отсутствует потребность в активной совместной жизни со взрослыми, в продуктивном общении с ними. Учеба в школе не складывается в ведущую учебную деятельность. В любом случае требуется специальная коррекционная работа по формированию учебного поведения аутичного ребенка, развитию своего рода «стереотипа обучения». |

**Правила общения с аутичными детьми:**

1. Как бы ни было трудно, принимать ребёнка таким, какой он есть, проявлять гибкость.

2. В любой ситуации исходить только из интересов ребёнка.

3. Изо дня в день строго придерживаться определённого режима и ритма жизни ребёнка, подстраивать под этот режим распорядок дня всей семьи.

4. Соблюдать ежедневные ритуалы, обеспечивающие безопасность ребёнка.

5. Научиться улавливать малейшие вербальные и невербальные сигналы ребёнка, свидетельствующие о его дискомфорте (плач, крик, необычное поведение: потряхивание руками, раскачивание и т.д.).

6. Чаще присутствовать на занятиях в группе (в классе), где занимается ребёнок.

7. Как можно чаще разговаривать с ребёнком, стараясь установить с ним вербальный (речевой) контакт.

8. Обеспечивать комфортную обстановку для общения и обучения как дома, так и в детском коллективе.

9. Терпеливо объяснять ребёнку смысл его деятельности, используя чёткую наглядную информацию (схемы, картинки, пооперационные карты и т.д.).

10. Избегать переутомления ребёнка.

11. Идите «за ребёнком». Действуйте последовательно, поэтапно, не форсируйте события.

**В основе классификации - характер и степень нарушения взаимодействия ребенка с окружающей средой.**

Полная отрешенность от окружающей среды (1 группа)   
Жалобы родителей: Невозможность организации такого ребенка, ответной реакции от него нет никакой. Никогда ничего не просит, не реагирует на боль, холод. Чаще всего проводит время в лазании по мебели или бесцельном блуждании по комнате. Если прервать его, то возникает агрессия. Этот ребенок почти не пользуется центральным зрением, ничего не рассматривает, предметы его не провоцируют на действия. Выражение лица при этом у него лукавое. Наблюдаются грубые нарушения мышечного тонуса. В быту особых хлопот не доставляет. Страдает от разлуки с близкими. Максимальную просьбу выражает, взяв руку взрослого кладет ее на необходимый ему предмет.

Из анамнеза: в раннем возрасте это спокойные удобные дети, контакта не требовали, на руки не просились. Ближе к году -  не боялись чужого человека, в рот ничего не тащили. Отмечалась острая реакция на чувственные раздражители (шум бытовых приборов, хлопанье дверьми). На втором году парадоксально не реагирует на боль и холод, максимально снижен порог чувствительности. На имя не откликается, не реагирует на просьбы взрослых, не следит за указательным жестом.

Отвержение окружающей среды (2 группа)

Эти дети более активны. Но и они не принимают большую часть окружающего мира. Аутизм у них в большей степени проявляется вне дома, то есть когда ребенка выводят из привычной ему обстановки.

Внешне это более страдающие дети: лицо искажено гримасой страха, они более отягощены страхами, имеют много стереотипов (как моторных, так и речевых).

Эти дети более приспособлены к жизни. Активность проявляется в избирательности (например, в еде -  предпочитают блюда одного цвета, вкуса, формы, они носят определенную одежду, ходят гулять по одному маршруту). Все навыки формируются в определенных условиях, смена условий ведет за собой утерю навыков.

Умственное развитие, как правило, в пределах УО. Страхи проявляются ярко (например, боязнь яркого света). Дети этой группы часто заняты манипуляциями с предметами. Очень привязаны к близким людям. Не отпускают их от себя, стремятся управлять ими. При нарушении их условий может быть агрессия (самоагрессия) и, как следствие, утяжеление дефекта.

Замещение окружающей среды (3 группа)

Дети выглядят не отрешенными от мира, а захваченными своими интересами. У родителей жалобы на невозможность управлять поведением ребенка. Он может месяцами, годами говорить, играть в одно и тоже. Такие дети делают все, чтобы их ругали и получают от этого удовольствие.

Типичное для них выражение лица — это застывшая улыбка, блестящие глаза. На первый взгляд создается иллюзия, что он смотрит на тебя, но не видит, взгляд не сосредотачивает. Эти дети более активны в контактах с окружающей средой. О них можно сказать, что они моторно-неловкие дети. Нарушено развитие как крупной, так и мелкой моторики. К 6 - 7 годам не овладевают навыками самообслуживания. Не действуют ни по показу, ни по словесной инструкции. Часто отказываются от обучения, из боязни показаться несостоятельными.

Трудности в организации общения и взаимодействия (4 группа)  
Ранний детский аутизм выражен в наиболее легкой форме. Детей отличает повышенная ранимость, тормозимость в контактах, в общении с окружающими людьми, трудности в сосредоточенности и организации произвольной деятельности. В целом, физически хрупкие, легкоутомляемые дети. По многим признакам похожи на детей с ЗПР.

Жалобы на задержку развития. Выглядят скованно, движения затруднены, механистичны, вялость быстро сменяется перевозбуждением. На лицах страх, тревога, растерянность. Мимика угловатая, как смена масок. Характерно, что они смотрят в глаза, но контакт прерывистый, избирательный.

Психологическое развитие менее искажено, трудности усвоения моторных навыков. Не всегда понимают инструкцию. Характерно, что это очень правильные дети, не могут обманывать, ловчить, самостоятельно принимать решение. Аутостимуляции не используют.

**Основные компоненты лечебного воспитания детей с РДА.**

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 Х-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, не обладающих 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 практики, 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 Х-хромосоме, фенилкетонурии и др. Лече­ние фолиевой кислотой, большими дозами витаминов группы В6, завираксом, чуть поднимая общую активность аутичного больного с фрагильной Х-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, 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 гиперестензии. 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, растормо­женное™ 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 гиперстензия являются облигатным объектом терапии, то подход к другой симптоматике РДА, расцениваемой нами как вторично-дизонтогеническая, 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 стереотипии представляет, с нашей точки зрения, большой интерес. Действительно, их кататопический (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 стереотипии. 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 фабулу 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, сковывав­ших ранее ребенка, тревог и страхов высвобождает его активность, 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 целесообразнр сни­жение доз и даже снятие медикамента. Так, в периоде внедрения «холдинг»-психотерапии, 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 суммация 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 суммация 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 арти­стичного 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 психотронных 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 соматоневрологической 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, 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 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.