

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ
ФОНД "ОТЦЫ И ДЕТИ"



ОПЫТ РАБОТЫ С АУТИЧНЫМИ
ДЕТЬМИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

20 лет

Санкт-Петербургский общественный
фонд «Отцы и дети»

**ОПЫТ РАБОТЫ С АУТИЧНЫМИ ДЕТЬМИ В
САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ
20 ЛЕТ**

Санкт-Петербург
2011

Проект реализован на средства гранта Санкт-Петербурга для общественных объединений

Эта книга объединяет статьи научно-практической направленности, рассказы и размышления людей, которые так или иначе соприкоснулись с миром аутизма. Мы думаем, что представленное многообразие мнений, собранное под одной обложкой, сможет найти своего адресата.

© Санкт-Петербургский общественный фонд помощи детям с особенностями развития «Отцы и дети», 2011

ПРЕДИСЛОВИЕ

Прошло пять лет со времени выпуска первого сборника с одноименным названием «Под одной крышей: опыт работы с аутичными детьми в Санкт-Петербурге – 15 лет. 2006 год».

За это время актуальность темы аутизма ощутимо возросла, что нашло свое отражение не только в скорости распространения тиража, но и в признании масштабов этого явления на международном уровне. Так, Генеральной Ассамблеей ООН день 2 апреля, начиная с 2008 года, объявлен «Всемирным днем распространения информации об аутизме».

Острой и трудноразрешимой проблемой современности остается вопрос успешной адаптации аутичного ребенка к жизни нашего общества. Суть проблемы – острый дефицит объема социально-реабилитационной помощи таким детям, значительная часть из которых обладает достаточными способностями для самореализации и дальнейшего развития. В нашей стране частым результатом такого положения становится домашняя изоляция аутичного ребенка. Печальная альтернатива – фатальный отказ от его воспитания с последующим пожизненным размещением в психоневрологическом доме-интернате или стенах психиатрической клиники. Анализ обращений в нашу организацию показал, что семьи с аутичными детьми даже в таком городе, как Санкт-Петербург, имеют недостаточно возможностей получения помощи в государственном секторе. Отсутствуют специалисты, так как психологов и педагогов такого узкого профиля наши ВУЗы до сих пор не готовят, хотя в мире уже существует не менее пяти общепринятых методик по работе с детьми, страдающими аутизмом. Альтернативных же мест помощи – единицы, хотя в последние пять лет в нашем городе появилось еще несколько негосударственных организаций, разнообразивших арсенал оказываемой помощи детям с нарушениями аутистического спектра. Для сравнения, в Париже на сегодня действует более 70 центров, принимающих аутистов, о чем родители наших детей могут пока лишь мечтать.

Термин «аутизм» в России начал получать широкое распространение относительно недавно, два-три десятка лет назад и ранее был

известен разве что узкому кругу специалистов да редким членам семей, воспитывающих детей с таким диагнозом. Пользуясь простым языком, под этим понятием чаще всего подразумевают глубокую неконтактность и болезненную погруженность человека в свой внутренний мир. Поведение такого человека необычно. Он часто не проявляет интереса к окружающему, может часами повторять одну и ту же фразу, бесконечно слушать определенные звуки и вообще совершать различные только ему понятные ритуальные действия. Жизнь, привычная для нас во всех отношениях, оказывается категорически неприемлемой для аутиста. Наша жизнь для него порой вероломно непредсказуема, а окружающее полно рукотворного грома, пронзительного света и мучительных запахов. Мы слишком спешим, а у аутичного человека совершенно иной темп и способы познания жизни. Но зачем-то мы стараемся вытащить его из этой хрупкой скорлупы, пользуясь, наверное, не совсем справедливым правом большинства.

Между тем, количество аутистов во всем мире за последние десятилетия выросло почти в 10 раз, хотя единой мировой статистики по этому вопросу не существует. Встречается во всех расовых и социальных группах. В четыре раза более вероятен у мальчиков, чем у девочек. По мнению специалистов, поддерживаемых международным сообществом Autism Speaks Inc., в США на сегодня аутизм встречается у 1 из 150 детей, что делает его сопоставимым с числом слепых и глухих вместе взятых. В среде же отечественных исследователей считается, что встречаемость аутизма у российских детей составляет 15-20, а по расчетам некоторых специалистов даже 57 детей на 10000 детского населения городов. При этом многими отмечается, что «истинными» клиническими аутистами является четверть из них, так как к общему количеству причисляются дети со сходными расстройствами так называемого аутистического спектра – ASD и PDD.

Не фиксируясь на показателях статистики, хочется отметить, что за каждой такой цифрой скрывается бездна человеческой трагедии человека, отчужденного от общества. Спрятаться же от внешнего мира еще не удавалось никому, кроме пресловутого Диогена из боч-

ки. Не существует и единого мнения о причинах аутизма, как впрочем и универсального лекарства от него.

Были сделаны определенные шаги по созданию модели отечественной системы помощи аутистам в негосударственном секторе. Результатом этого отчасти является и настоящая публикация, обобщающая опыт практической деятельности Санкт-Петербургского общественного фонда помощи детям с особенностями развития «Отцы и дети», работающего в нашем городе с 1991 года.

За это время искренняя заинтересованность группы психологов в применении своих знаний дала толчок для поиска новых, ранее неизведанных форм психологической помощи аутичным людям. Обратной стороной этого процесса, по мнению команды энтузиастов, должна была стать гуманизация нового российского общества по отношению к «особым» детям. К сожалению, опыт психологической работы нашего коллектива, накопленный за двадцать лет, на сегодняшний является почти максимальным из существующего в Санкт-Петербурге.

В течение учебного года работает центр психологической помощи. В летний период действует специальный туристический лагерь «Онега», в котором проводится очень важная интегративная работа с детьми-аутистами и их здоровыми сверстниками.

За два прошедших десятилетия из числа здоровых детей – «юных помощников психологов» – выросло второе поколение профессионалов. Накоплен огромный опыт работы, отрывочные данные о котором содержатся в отдельных публикациях, курсовых, дипломных и кандидатских работах наших сотрудников и волонтеров.

Суть предлагаемого издания – донести до заинтересованного читателя этот уникальный багаж. С одной стороны, перед нами сборник статей научной направленности, с другой – история организации, с третьей – эссе и размышления людей, так или иначе прикоснувшихся к теме аутизма. Надеемся, что представленное многообразие мнений, собранное под одной обложкой, сможет найти своего адресата.

Писать об истории сложно. Поэтому данная глава будет краткой и немного претенциозной.

В 1991 году никто и не думал о создании какой-то официальной организации. Среди ее будущих учредителей, мужчин среднего возраста с университетским образованием, отработавших не менее десятка лет в геологии и лишившихся из-за «перестройки» семейного обустройства и работы по специальности, первоначально витала идея создания «клуба разведенных отцов». Отсюда и взялось название фонда – «Отцы и дети». С эйфорией «от широты перспектив» разработали, но так и не смогли осуществить проект по организации далекого будущего – негосударственного детского университета. Между тем, выпускницы настоящего, тогда еще ленинградского университета, стали работать в первом городском психотерапевтическом кооперативе «Гиппократ». Там же, среди детей с невротическими расстройствами, которые являлись его основными клиентами, они впервые столкнулись с детьми, имеющими нарушения аутистического спектра. При организационном участии сочувствующих молодые психологи стали работать над оказанием специальной помощи детям, обладающим на то время весьма редким для России диагнозом – аутизм. Они же стали первыми психологами городского общественного фонда «Отцы и дети», работая в котором активно занялись практическим решением «отечественной» проблемы аутизма. Потребность в таком роде помощи оказалась велика, а количество аутичных детей продолжало расти. В течение последующих лет аутисты практически вытеснили с поля нашей психологической деятельности детей с более легкими проблемами. При этом стало ясно, что работа с аутичными детьми экономически не выгодна.

Закон СССР «Об общественных объединениях» наконец-то позволил всем желающим объединиться по интересам. 5 ноября 1991 года под номером 223 был зарегистрирован Санкт-Петербургский общественный фонд «Отцы и дети», уже ориентированный на работу с «особыми» детьми. Как стать реально действующей организацией, мы тогда еще не знали. Все приходилось делать впервые – некоммерческий «третий сектор» только нарождался.

«Общественники» запросто бродили по ковровым дорожкам Смольного, настырно осаждая бюрократов. Так родился первый проект по организации специального центра психологической помощи аутистам. После бурных «переговоров» с властями у нас в пользовании оказалась терапевтическая площадка фонда. Территория бывшего подросткового клуба на Казанской, 5 площадью в 100 кв. метров казалась нам тогда огромной. Да и подопечных было пока немного, человек пятнадцать, поэтому казалось, что места хватит всем. Однако средств на благотворительность не хватало. Отчасти авантюрно организовали одну из первых платных служб скорой психологической помощи с выездом на дом под названием «Третий дом». Деньги оказались небольшие. Другие отцы-учредители, не психологи, зарабатывали для фонда по-своему, совершая первые «челночные» рейсы в Китай, отдавая при этом весомую часть прибыли на развитие молодой общественной организации.

1 июня 1993 года в помещение центра психологической помощи на улице Казанской, тогда еще Плеханова, пришли первые аутисты. В этот же день на Дворцовой площади впервые в городе отмечался «Международный день защиты детей», в котором решили поучаствовать и мы. Дети с аутизмом, их здоровые сверстники, психологи и добровольцы из числа взрослых единой группой с удовольствием разрисовывали площадь разноцветными мелками. Так состоялся наш первый выход в открытую социальную среду – об интеграции в общество детей с тяжелыми психическими заболеваниями тогда еще никто не знал.

В те годы ядро нашего коллектива составляли исключительно психологи, а потому и арсенал применяемых методик был ограничен общепринятой «классикой». Позже начался поиск новых форм, для чего понадобились помощники. Появились первые взрослые волонтеры, а вместе с ними и первые добровольцы из числа родителей аутичных детей. Так, одна из «мам» была привлечена для музыкального сопровождения занятий, другая пыталась обучать «странных» детей не менее странному для них немецкому языку. В это же время в работу психотерапевтических групп с детьми-аутистами начали включаться здоровые дети. Цель – «терапия средой». Назначение ребенка – «котерапевт», то есть ближайший помощник психолога, который «со-терапирует» профессионалу, связуя мир аутиста с миром взрослой психотерапии. Но

где же взять таких детей, а заодно и тех родителей, которые спокойно отдадут свое чадо для участия в таком неоднозначном психологическом эксперименте? В первую очередь ими стали собственные дети психологов. А вместе с ними их ближайшие друзья, а потом и дети знакомых, а также дети их друзей, друзей знакомых и так далее. Но каким образом это может отразиться на психике и поведении здорового ребенка? Ответов не было. Стали пристально наблюдать за детьми: как за теми, так и за другими. Положительная динамика психологического состояния всех участников процесса превысила ожидаемое, вселяя уверенность в правильности выбранного пути. Таким образом, была апробирована одна из первых российских интегративных концепций психологической работы с группам детей-аутистов и их здоровых сверстников. В 1994 году это было озвучено перед широкой научной аудиторией на X конгрессе Всемирной ассоциации динамической психиатрии «Психология и медицина в холистическом подходе». Доклад вызвал горячую дискуссию, особенно в части, касающейся целесообразности и эффективности привлечения здоровых детей младшего школьного возраста в поле влияния такой тяжелой психической патологии, как аутизм. Подчеркивалось, что в правовом аспекте столь рискованный опыт в те годы был возможен лишь в России. Однако, словосочетание «ребенок-котерапевт» было всерьез воспринято научной общественностью. Количество обращающихся за помощью неуклонно росло. В соответствии с ним росло и воздействие «психологической радиации» со стороны аутичного поля, которое вызывало эмоциональное напряжение внутри терапевтического коллектива. Постепенно мы пришли к выводу, что работа нашего центра должна быть максимально расширена за счет привлечения других специалистов, а также добровольцев из числа желающих. В 1994 году в нашей команде появились музыкотерапевты, в дальнейшем к ним прибавились психоаналитик, арт-терапевты, педагоги, логопед и дефектолог. При этом постоянно проводился набор волонтеров из числа студентов профильных ВУЗов. Неожиданностью оказалась неготовность будущих врачей к проведению психотерапии гуманистической направленности. Очевидно, процесс обучения медиков в рамках традиционной системы существующего образования предполагает жесткую диадку отношений: врач-больной. В противовес этому положению для учащихся на пси-

хологов и педагогов всегда преобладал другой подход: от человека к человеку.

Особый турлагерь. Еще Арнольд из Виллановы в «Салернском кодексе здоровья» XIV века отмечал: «Источников гладь и трава – глазам утешенье. Утром на горы свой взор обрати, а под вечер на воды...». Поэтому и идея сочетания туризма с психокоррекцией аутичных детей на лоне природы никогда не являлась первозданной. Для подтверждения этого были сделаны пробные туристические вылазки в пределах Карельского перешейка. В июле 1993 года решились на более смелый эксперимент – организовали первый масштабный выезд здоровых и аутичных детей, части их родителей, специалистов и волонтеров на дикую природу Ладоги. Благодаря поддержке судов церковной общины Валаамского монастыря «психоделический десант» из 38 человек был заброшен на необитаемый остров Воссинойнсаари. Территория, удаленная от берега на тридцать с лишним километров, зажила своей непростой жизнью. Столкнулись со всяким, под конец полевого сезона остались без продуктов. Щи из заячьей капусты, черника, гуманитарный шоколад и грибы, вкус которых некоторые не переносят до сих пор. Судходной связи для эвакуации с «голодающего» острова не оказалось – монастырское подворье в Приозерске, всемерно оказывавшее нам помощь, в это время задействовало свою флотилию для обеспечения празднования календарного церковного торжества. Позже белый теплоход под звучным названием «Игумен Дамаскин» все-таки смог переправить группу на берег. Неоднозначный опыт выживания в экстриме дал каждому свой потенциал. Состояние всех участников «десанта» по положительным психологическим сдвигам на порядок превосходило ожидаемое. Захотелось продолжить.

Жизнь сразу же подкинула вариант, типичный для лихих времен перестройки. В Карелии, на восточном побережье Онежского озера, нашлась подходящая для наших целей база – почти гектар земли, на которой стояли шесть летних домиков, подходящих для организации будущей туристкой деятельности. Средства на покупку базы были получены в Германии после установления коллегиальных отношений с первым организованным в Европе общественным объединением родителей аутичных детей «Hilfe für das autistische Kind e.V.» - «Помощь

для аутичных детей». Там же, в Берлине, мы впервые ознакомились с опытом работы с аутичными детьми.

Благодаря этому началась пока еще незаконченная история особого турлагеря «Онега». Тернистый путь на ниве гуманизации российского общества в глубинке оказался совсем не прост. О гуманистическом направлении в мировой психологии в этом сильно пьющем районе Карелии слыхом не слыхивали. Зато слышали, что на их родные веси посягают какие-то «психованные детдомовцы» из Питера. «И так своих хватает» – решил деревенский актив и для начала летнего сезона подпалил один из домов. Забегая вперед, хочется оговориться, что «терапия среды» со временем удалась. За эти годы большинство селян и более «понятливых» лесных жителей – рыбаков и охотников – достаточно близко познакомилось и по-своему прониклось явлением аутизма. В первую очередь эффект «психологической радиации» сказался на местной молодежи, которая вечерами частенько появлялась на базе. Днем же их младшие братья и сестры год от года все чаще заглядывали на игровую площадку лагеря. Деревенские выросли, привыкли, перестали задирааться на сельской дискотеке. В общем, не прошло и пятнадцати лет, как чахлые ростки гуманности доросли до ощутимых плодов добрососедских отношений. Однако тем, кто хочет повторить данный опыт, необходимо учесть, что при организации подобного лагеря в сельской местности вы, к сожалению, неминуемо столкнетесь с жестким, негативным отношением к «особым» людям, пусть даже и детям. Поэтому привлекаемые для такого рода работы волонтеры и специалисты должны умело действовать и гибко разрешать подчас возникающие конфликты с живущими вокруг.

И вот когда такие островки гуманности будут чаще появляться на наших туристических картах, тогда, наверное, настанет и тот век, который сомкнет их в единый материк.

На этом хотелось бы закончить столь подробное описание нашей истории, продолжение которой можно представить в следующем виде:

- с 1992 года по настоящее время фонд осуществляет свою практическую деятельность на психологической площадке по адресу Казанская, 5 в постоянном взаимодействии и при живом участии в нашей судьбе сначала отдела «по молодежи», а впоследствии отдела социа-

щиты и представителей руководства Администрации Центрального района Санкт-Петербурга, единственного в городе, который «приютил» нашу организацию на эти годы;

- с 1994 по 2008 год, во взаимодействии с Комитетом по молодежной политике и взаимодействию с общественными организациями и Санкт-Петербургской ассоциацией общественных объединений родителей детей-инвалидов «ГАООРДИ», ежегодно участвовал в реализации городской программы летнего отдыха «особых детей» посредством организации деятельности лагеря реабилитационного туризма «Онега» (Республика Карелия). К сожалению, работа подобного рода туристических лагерей из-за несовершенства нашего законодательства с тех пор не финансируется, хотя успешно действует и по сей день;

- с 1996 года во взаимодействии с Комитетом по социальной политике и Санкт-Петербургской ассоциацией общественных объединений родителей детей-инвалидов «ГАООРДИ» мы осуществляли ряд проектов, направленных на оказание практической помощи аутистам в рамках городской медико-социальной программы «Дети-инвалиды»;

- в 1999 году мы работали над осуществлением проекта по оказанию психологической помощи детям с аутизмом «Социальное и душевное здоровье человека», финансируемого за счет гранта фонда Сороса (Институт «Открытое общество»);

- с 2000 года по настоящее время осуществляется авторский проект, направленный на освещение проблемы аутизма в Интернете, благодаря чему создана первая из существующих в России виртуальная библиотека по теме аутизма, размещенная на профильном сайте фонда www.autism.ru (аутизм.рф);

- в 2003 году был выигран впервые объявленный в Санкт-Петербурге конкурс на получение государственного гранта для общественных объединений на реализацию проекта «Аутизм-интеграция-окно в открытый мир», позволивший организовать работу специального подросткового клуба общения для детей-аутистов и их здоровых сверстников;

- с 2004 года фонд ежегодно подтверждает конкурсные требования по вхождению в городской Реестр молодежных и детских общественных объединений, негосударственных организаций, оказывающих поддержку молодежи, пользующихся государственной поддержкой Санкт-Петербурга;

- в 2006 году реализован грант Санкт-Петербурга «Опыт работы с аутичными детьми в Санкт-Петербурге – 15 лет»: издание сборника научно-практической направленности, объединившего в себе результаты исследований сотрудников и волонтеров фонда;

- в 2007 году осуществлялся грант Санкт-Петербурга «Студенты-волонтеры для аутичных детей», благодаря которому удалось организовать сопровождение детей с аутизмом, находящихся в лагере реабилитационного туризма «Онега» без родителей;

- в 2008 году за счет гранта Санкт-Петербурга был реализован очень важный проект «Внимание, аутизм!», включивший в себя издание и распространение информационной брошюры и видеоприложения к ней для врачей первичного звена восьмидесяти детских поликлиник нашего города;

- в 2011 году, после многолетней изнурительной борьбы за исполнение поручения № 274 «По подбору помещения для Фонда», подписанного еще в 1994 году мэром Санкт-Петербурга А.А. Собчаком, нам наконец-то удалось получить в аренду с применением льготного коэффициента весьма скромное помещение в 51 кв.м. на ул. Малая Подъяческая, д. 6. В этом же году после длительной бумажной волокиты мы наконец-то стали юридически полноправными хозяевами 1,1 га земли, на которой располагаются 7 домов нашей туристической базы «Онега».

Наверное, изложение нашей истории сухим телеграфным стилем не может передать всей живости ее характера, за вехами этого пути стоят интересные события и связанные с ними люди, рассказы которых мы решили разместить на страницах данного издания. Именно они представляют тот тонкий слой неравнодушных людей, принимающих наиболее активное участие в деятельности нашего фонда. Среди них ветераны нашего движения: добровольцы из числа врачей, юристов, студентов, детей-«котерапевтов» – юных помощников психологов и, конечно, родители аутичных детей. Надеемся, что их впечатления, включенные в этот сборник, эмоционально окрасят и расширят его содержание.

Котов Е.Н.

20 лет назад аутизмом страдала вся страна. Мало кто это знал. А кто знал, тот молчал. А кто не знал, тот догадывался, т.к. они были везде - от парламента и правительства до рынков и бань.

Аутичное время отбивали аутичные часы, и аутичное настоящее бестолково, суетливо и бессмысленно утекало сквозь безразличное сознание масс.

В то время с легкостью можно было разрушить и создать все. Кто-то схватил страну за ЧУБ и разодрал ее всю на талоны и регионы.

ВАУ – изумилась страна и кинулась пропивать ваучеры. Кто-то создавал биржи, банки и пирамиды.

МММ – привычно промычали массы и продолжали творчески нищать.

Кто-то суетливо крал недра и обживал Рублевку.

ООО – восхищались дорогие россияне, сжимая бумажки с шестью ОООООО, которых с трудом хватало на воду.

Именно в это время я увидел первого в своей жизни аутичного ребенка. Аутичного – в смысле имеющего таковой официальный диагноз. Он сидел на лавке, смотрел мимо и стучал расческой по костяшкам пальцев.

Я с ним поздоровался, он не ответил, я ушел куда-то по своим делам, к вечеру вернулся – он сидел там же и так же стучал расческой и смотрел куда-то.

Смысла в его движениях, взгляде, да и в его существовании в целом, было несравнимо больше, нежели в окружающем меня мире.

Мне стало немного завидно.

Мне захотелось (если честно) приобщиться к этому.

Мне не удалось это сделать. Я оказался слишком обычен и безнадежно нормален.

За обитой вагонкой железной дверью 20 лет обитают люди, вызывающие у меня зависть. Они и не-они существуют там вместе. Я неоднократно заходил в их мир, меня никто не гнал, но задержаться там я не смог.

Я плюнул на все и пошел в адвокаты.

А когда мне становится очень плохо, я сажусь, смотрю вдаль и стучу расческой по пальцам...

Левиз А.С.

«Отцы и дети» – общественный фонд, клуб, сообщество единомышленников? Это нонсенс, что-то необычное, выбивающийся из повседневности, какой-то необычный экземпляр.

Мое знакомство с этими людьми произошло в 1998 году, я поехал к ним летом на базу, где проводилась реабилитация детей-аутистов. В условиях дикой природы Карелии создана модель общества, состоящая из нескольких частей: аутисты, их родители, делинквентные подростки, сотрудники, их дети. Меня поразила эта большая семья, где все знали друг друга не один год, практически жили этой жизнью и в городе. Прошло время, я вновь еду в Карелию на базу, и прожив три недели, понимаю, что ничего не изменилось, это по-прежнему та же семья, которая удивительным образом выжила. У меня сложилось впечатление, что в нашем современном мире ничего подобного не осталось. Я вновь жил в социализме – от каждого по способности и всех объединяет одна цель – аутизм. Эта семья, где каждая личность живет в свое удовольствие и всем хорошо, и скорее всего, если попасть сюда, эта семья будет твоей на всю жизнь.

Демина Т.В.

Будучи врачом летом 2006 года в детском лагере «Онега», я получила уникальный опыт общения с психологами, статус которых я бы обозначила как профессионалов высокого класса. Также я получила и профессиональный опыт знакомства с таким явлением как аутизм. По-моему, аутизм – это не только дети, но, прежде всего, их родители. Психотерапевтический эффект достигается на «Онеге» именно потому, что родители становятся участниками жизни в рамках большой семьи с четкой иерархией и градацией всех участников. Будучи в пешем походе, в котором наша группа прошла около тридцати километров, я увидела, что аутизм часто берет свое начало в личностях взрослых, прорастая в детях. Искренне любя своих детей, некоторые родители не принимают их, воспринимают как проблему, трудность своей жизни. Так, одна из мам не могла идти со своим мальчиком рядом, уходила вперед, оставляя ребенка на психологов. При этом от нее исходила вполне ощутимая волна раздражительности и недовольства походной ситуацией. Негативный эмоциональный фон мамы по-своему передавался мальчику, который пытался привлечь к себе внимание неадекватными поступками. Это убедило меня в том, что развитие детей – лишь отражение нашей личностной проблематики и, если мы хотим видеть их здоровыми и счастливыми, то должны начинать в первую очередь с себя.

Савельев В. А.

Так сложилось, что в свое время мне довелось быть одним из первых соучредителей общественного фонда «Отцы и дети». Практически же я участвовал в его работе в качестве врача в летнем лагере «Онега» в течение пяти сезонов. В результате накоплено много богатых впечатлений и практических навыков, которыми хотелось бы поделиться.

Для начала остановлюсь на медицинских аспектах моей деятельности. При врачебной работе в детском коллективе, тем более с контингентом, представленным в лагере – детьми с аутизмом и с различными психосоматическими синдромами и поведенческими проблемами, на первое место выходит задача своевременного выявления заболевания и быстрой диагностики. Неспособность, а зачастую и нежелание детей-аутистов своевременно обратиться за медицинской помощью, обуславливает необходимость постоянного мониторинга за состоянием здоровья детей. Врач должен постоянно контактировать с сотрудниками и волонтерами турбазы, которые персонально курируют какого-либо ребенка и могут представить объективную информацию о его наличном состоянии, способствующую точному установлению диагноза. В случаях, когда ребенка на отдыхе сопровождает кто-либо из его родителей, естественно, в первую очередь приходится обращаться к нему. При этом следует учитывать повышенную субъективность информации, полученной от родителей детей

Поводы для оказания медицинской помощи обычны для детского летнего отдыха: простудные заболевания, расстройства пищеварительного тракта, мелкие травмы. Отдельная специфика оказания первой помощи – походные ситуации. Благоприятное воздействие на здоровье пеших и водных походов несомненно. Физическая нагрузка, атмосфера взаимопомощи и внимания, концентрация на достижении цели – составные части реабилитационного туризма. Экстремальная ситуация, которой, несомненно, является походная жизнь, работает как пусковой механизм для развития. Дети принимают участие во всех походных делах: собирают хворост, помогают носить воду, готовить пищу, мыть котлы и посуду. И как награда за

преодоленные трудности дневных переходов – вечерние посиделки у костра, песни под гитару, пламя потрескивающего костра, шелест волн Онежского озера, ночное звездное небо. Три главных стихии бытия отражаются в детских глазах и душах, заставляют думать, мечтать, надеяться. Переносимость физических нагрузок у аутичного контингента ничем не ниже, чем у обычных участников похода. Усталость часто выражается в психическом возбуждении, но для его коррекции достаточно работы психолога – непременно участника похода. Врач должен постоянно контактировать с психологами для выявления случаев заболеваний и постановки диагноза. Контакт с родителями ребенка, если они присутствуют в походе, также обязателен. Опыт работы врачом лагеря на протяжении многих сезонов дал мне возможность наблюдать за многими аутистами на протяжении нескольких лет подряд. Вывод очевиден: пребывание в летнем лагере, несомненно, положительно влияет на отдыхающих – улучшается психологическое состояние, контактность и физическое здоровье. Вот пример. М. возраст – за тридцать. Один из самых ярких, на мой взгляд, персонажей, встречавшихся в лагере. Высокий крепыш, он производил впечатление мощного здоровяка. На базу приезжал всегда со значительным избытком веса, погруженный в свои размышления, настороженно относящийся к предстоящим испытаниям походной жизнью. Необычайно любознательный М. постоянно приставал ко всем с различными вопросами, не всегда адекватными. В походах нервничал по пустякам, несколько раз за день перепроверял свои вещи. Засыпая в палатке, тяжело вздыхал и причитал о своей нелегкой доле. Нервное напряжение у него выражалось в гиперактивности и повторении одних и тех же движений, раскачивании и прихлопывании ладонями. В то же время М. фонтанировал забавными, часто не к месту сказанными, фразами и мыслями вслух. Некоторые из этих фраз стали крылатыми и не один год вспоминались всеми, кто его знает. Вся комичность его образа заключалась в несоответствии его солидного внешнего облика и несуразности высказываний, а поговорить он любитель. К концу смены М. худел, стройнел, исчезала отдышка, он становился намного спокойнее и рассудительнее. Высказывания его становились более осмысленными и не лишенными юмора.

Аутисты смотрят на нас, на наше общество, к которому мы стремимся их адаптировать. Готовы ли мы принять их и какие ценности готовы им предложить? Продолжающееся увеличение количества аутичных детей – не следствие ли это социального и нравственного кризиса современного мира?

Жуков Е.С., Карвасарская Е.Е.
Наш подход

«Чтобы вылечить человека,
нужно лишь вернуть
его в его сообщество, или
сконструировать новое»

Филипп Риф - американский психиатр

Классическая традиция социальной теории давно признает, что благополучие индивидуума зависит от его полной принадлежности к обществу. И чем более сообщество мотивировано и структурировано с целью влияния на его членов, тем выше шансы на успех терапии. Кроме того, исследования «терапевтических сообществ» в самом широком аспекте убедительно доказывают успешность использования социальной среды как главного инструмента динамики. Наиболее разработанной в этом отношении, с точки зрения авторов, является социальная теория Фромма, который для интерпретации сущности развития применил психологический метод. Неофрейдисты также отмечают, что в наше время, с его исключительным динамизмом, частичный беспорядок более чем когда-либо отражает беспорядок целого. Поэтому состояние семьи, участвующей в психотерапии, напрямую зависит от состояния общества, а состояние аутичного ребенка – от состояния семьи. Состояние же общества, психическим агентом которого является семья, в настоящее время оставляет желать лучшего. Культурные и нравственные ценности активно вытесняются материальными, высок уровень агрессивности и отчужденности. Поэтому становится понятным, что ребенок, в особенности аутичный, вправе расти в обстановке эмоционального благополучия при высоком понимании со стороны окружающих.

При работе с аутичными детьми оценка качества реабилитационного процесса во многом зависит от тех теоретических позиций и подходов, которых придерживается сам терапевтический коллектив. Концепция построения интегративной модели психотерапии, на

которую мы в основном ориентированы, близка позиции представителей гуманистической психотерапии Роджерса, динамической психотерапии Аммона и поведенческой терапии Вольпе. В целом же нашу команду сближает понимание человека как единого целого со здоровыми и больными частями при безусловном присутствии здоровых потенциалов у каждого индивидуума, которые можно и нужно развивать.

Подобный нашему подход был давно открыт не только учеными, но и спонтанно возникшими группами анонимной самопомощи, деятельность которых, к сожалению, относится к парапрофессиональному миру лечения, достигшему, однако, «непревзойденных успехов в части населения, недостижимых с помощью стандартных методов медицинского истеблишмента».

К такой же «недоступной» части населения, очевидно, относятся и дети, страдающие аутизмом, который, по международной классификации болезней МКБ-10, отнесен к неспецифическому нарушению развития.

Поэтому стратегией работы терапевтического коллектива является не устранение симптома как цели (вненизологический подход), а вхождение в контакт и активизация развития общего потенциала аутичного ребенка во всем поле социальных взаимодействий пациента. Сам же терапевт при таком подходе выступает в качестве своеобразного катализатора, запускающего и, впоследствии, наблюдающего и развивающего данный процесс. При подобном подходе тактикой психокоррекционного процесса становится создание и последующее расширение социально активной среды вокруг аутичного ребенка. Обратной стороной этого является терапия самой среды, которая включает в себя участие в ее процессе не только профессионалов, но и представителей рядового социума – волонтеров из числа взрослых и детей. Основное значение при этом имеют не какие-то особые личностные параметры, а скорее уровень социальной зрелости людей, готовых к участию в работе с детьми-аутистами. При развитии такого партнерства предполагается, что аутичные дети способны строить адекватные отношения с окружающими, не испытывая при этом тревоги и дискомфорта.

Нами принимается положение, согласно которому наиболее сильным в человеке является мотив максимального развития его собственного потенциала. Как и большинство гуманистически ориентированных терапевтов, мы при работе с аутичными детьми придаем особую важность собственной воле индивидуума, то есть фактору его личностной активности.

Можно выделить две основные, абсолютно полярные друг другу позиции, на основе которых строится общение и взаимодействие с аутичным ребенком. Это - так называемые «консервация» и «провокация».

«Консервация» - сохранение и поддержание аутичной защиты (кокона, колпака, скафандра внутри которого находится нервный, испуганный ребенок) и использование защиты в качестве единственного способа борьбы с тревогой и страхами аутичного ребенка. При данной позиции ребенок-аутист воспринимается как «вещь в себе», и это «в себе» нужно тщательно охранять и оберегать от любых, кажущихся разрушительными, внешних воздействий, создавая для этого все условия. Тем самым приостанавливая развитие при сохранении внешнего спокойствия.

«Провокация» - стимуляция ребенка выходить за пределы своей аутичной защиты, ограничивающей поступление сигналов из окружающего мира, с целью получения им нового позитивного опыта переживания, реагирования, взаимодействия, игры и общения, а также для дальнейшего использования полученных навыков в жизни. В таком случае можно также говорить о ребенке, как «вещи в себе», при которой меняется цель и задача нашего взаимодействия с ним. Главное при этой позиции создавать условия, при которых ребенок будет постоянно получать новый опыт из внешнего мира и, при необходимости, помогать ему учиться обращаться с этими новыми знаниями.

Цель терапии всегда одна – это изменения. И наиболее успешна та терапия, в которой принимают участие все члены семьи. Когда изменяется не только «больной» ребенок, но и вся его семья, вся семейная система.

**Жуков Д.Е., Жуков Е.С., Карвасарская И.Б.,
Мичурина О.В., Яковлева А.В.
Внимание, аутизм!**

В 2008 году за счет гранта Санкт-Петербурга для общественных объединений был реализован проект, включивший в себя издание и распространение информационной брошюры и видеоприложения к ней для врачей первичного звена восьмидесяти детских поликлиник нашего города.

По мнению авторов, на первое место в профилактике детского аутизма выходит проблема ранней диагностики, т.к. прогноз развития ребенка кардинально различается в зависимости от того, в каком возрасте начинается оказание специальной помощи. Чем раньше распознаются «красные флажки» аутизма, тем быстрее становится понятно, что ребенок в группе риска и нужно начинать действовать.

Наши психологи считают, что для улучшения ситуации необходимо информировать представителей как минимум трёх профильных специальностей первичного звена детских поликлиник: педиатров, невропатологов и логопедов. Именно с ними в первую очередь встречается ребенок с проблемами развития. С этой целью нами предлагается информировать данных специалистов о материалах исследований на тему аутизма. Таким образом, за счет повышения профессиональной осведомленности специалистов о ранних проявлениях аутизма, возраст его первичной диагностики можно было бы сдвинуть в более ранний период.

СИНДРОМ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА (ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

Собственно термин «аутизм» был введен в психологию Е.Блейлером, который определил его как состояние, характеризующееся мышлением, независимым от реальной действительности и свободным от логических законов, а также фактом ведущей роли аффективных потребностей (стремление испытывать удовольствие и избегать неприятных переживаний) в деятельности человека, находящегося в этом состоянии (Блейлер Е., 1920). Вслед за таким определением в психиатрии термином «аутизм» стало обозначаться особое поведение взрослых людей, больных шизофренией. В пси-

хоанализе же аутизм рассматривался как одно из свойств первичной фазы детского развития, продолжающейся до года-полутора.

В широком смысле под аутизмом обычно понимается явная необщительность, стремление уйти от контактов и жить в своем собственном мире. Однако, неконтактность может проявляться в разных формах и по разным причинам. Иногда это просто характерологическая черта, но бывает и так, что она вызвана и недостаточностью зрения или слуха, глубоким интеллектуальным недоразвитием и речевыми трудностями, невротическими расстройствами или тяжелым госпитализмом. Как правило, в этих случаях нарушение коммуникативной сферы — это следствие основного нарушения. Но, наряду с такими вариантами неконтактности, существует нарушение общения, при котором все эти трудности тесно взаимосвязаны, и тогда определить, что является причиной, а что следствием, очень сложно. При этом остается непонятным, не хочет или не может ребенок общаться, а если не может, то почему. Именно такое нарушение часто связано с синдромом раннего детского аутизма.

В 1943 году американский психиатр L.Kanner (1943) выделил ранний детский аутизм как особый синдром, обобщив 11 случаев из своей практики и описав их в работе «Autistic disturbances of affective contact». При этом его концепция раннего детского аутизма в значительной степени отличалась от трактовки термина «аутизм» Е.Блейлером. Здесь следует подчеркнуть, что существующая разница в определении аутизма как симптома (по Е.Блейлеру) и как синдрома (по L.Kanner) нередко приводит к терминологической путанице. В данной публикации речь идет о каннеровском аутизме. Примерно в это же время сходные клинические случаи были описаны в 1944 году австрийским ученым Н.Asperger (1944) и в 1947 году отечественным исследователем С.С. Мнухиным (Мнухин С.С. и др., 1967). Также следует отметить, что кроме «чистого» аутизма существует множество сходных нарушений в развитии коммуникации и социальной адаптации (Каган В.Е., 1981; МКБ-10, 1994; Никольская О.С. и др., 1997; Гилберг К., Питерс Т., 1998).

Синдром раннего детского аутизма (РДА) является одной из наиболее характерных моделей дизонтогенеза по типу искаженного психического развития. Искаженное же психическое развитие, будучи

противопоставленным, согласно классификации В.В.Лебединского (1985), недоразвитию, задержанному развитию, поврежденному развитию, дефицитарному развитию и дисгармоническому развитию, определяется как нарушение, при котором наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, что, в свою очередь, приводит к ряду качественно новых патологических образований. Одной из основных характеристик искаженного психического развития является выраженная асинхрония: в процессе формирования психических функций наблюдается иная иерархия в последовательности развития отдельных систем, в значительной мере противоположная нормальному онтогенезу.

В.М.Башина (1999) выделяет в качестве основных следующие признаки детского аутизма: аутистические формы контактов, расстройство речи, ее коммуникативной функции, нарушение социальной адаптации, расстройства моторики, стереотипная деятельность, нарушения развития.

Ряд исследователей (напр., В.Кревелен (2001)) считает аутизм одним из частных проявлений шизофрении.

В.В.Лебединский с соавт. (1990) определяет ранний детский аутизм как тяжелый вид эмоциональной патологии, связанный с повреждением механизмов аффективной адаптации, обуславливающих недостроенность, незавершенность структуры эмоциональной организации.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С РДА

Детский аутизм, как правило, можно заметить еще на первом году жизни ребенка — он не тянется на руки к матери, уже в первых языковых проявлениях обнаруживается нарушение контакта (Кревелен В, 2001; Баенская Е.Р., 1995), аутистическая отгороженность от реального мира, неспособность формирования общения и неравномерное созревание психической, речевой, моторной и эмоциональной сфер жизнедеятельности. Поведение и игры характеризуются большим количеством стереотипов, отсутствием подражания, недостатком реакции на окружающее и повышенной чувствительностью на условия как дискомфорта, так и комфорта. Значительно

ярче синдром раннего детского аутизма проявляется в возрасте 2,5 — 3 лет. Для этого синдрома характерна симбиотическая или индифферентная форма общения с родными, что в особенности касается матери. Более редкой по сравнению с индифферентной реакцией на мать встречается негативистическая реакция, когда дети гонят от себя мать проявляют недоброжелательность к ней. Эти формы общения с матерью могут сменяться одна другой. Важно отметить, что, несмотря на симбиотическую зависимость от родных, они не дают адекватной реакции на их присутствие или отсутствие. Дети могут тревожиться при отсутствии матери и при этом не проявлять реакции на ее появление.

Имеет некоторые особенности и поведение этих детей по отношению к сверстникам и близким людям. Одни активно избегают своих сверстников, другие к ним безразличны, третьи в присутствии других детей испытывают страх.

Очень травматичной для аутичных детей является смена привычного образа жизни, а также появление новых людей и объектов. Любые попытки изменить привычный жизненный стереотип вызывают такие отрицательные реакции как протест, негативное отношение, капризность и даже тревогу. Это своеобразное сочетание психической ригидности и косности с чрезвычайной чувствительностью и аффективной неустойчивостью с годами подвергается медленному, частичному смягчению, но полностью эти особенности никогда не исчезают.

Для ребенка-аутиста является типичным отсутствие фиксации взгляда на лице человека, избегание взгляда в глаза, взгляд «мимо», «сквозь» (Лебединская К.С., 1992; Каган В.Е., 1996).

У аутичных детей нередко наблюдаются нарушения дифференциации одушевленного и неодушевленного. На это указывает К.С.Лебединская (1992).

Отсутствие визуального контакта, который воспринимается как чрезмерный раздражитель — еще одна яркая особенность при этом синдроме. Именно отсутствие взгляда в лицо создает ощущение отстраненности и отчуждения.

Недостаточность моторики, типичная для аутистов, проявляется в большом количестве двигательных стереотипов, угловатости, не-

ловкости. Для них характерны специфические движения в пальцах рук, ходьба «на цыпочках». Но наряду с этим, возможно развитие достаточно сложных и тонких моторных актов.

Специфика речи заключается в отсутствии экспрессии и жестикуляции, сохранении эхолалий и фраз штампов, нарушении произношения звуков и отсутствии интонационного переноса, т.е. непрерывной мелодии речи, ритма, темпа. Экспрессивная речь развивается с большим отставанием, преобладает бессвязная, эгоцентрическая речь. Еще одна особенность — это отсутствие способности к диалогу. В более тяжелых случаях иногда отмечаются исчезновение из фраз личных местоимений и глагольных форм; фразы становятся предельно краткими и отрывистыми.

Особенности коммуникативной сферы связаны с формированием «Я», которое у многих детей с аутизмом происходит лишь к 6–8 годам, т.е. не раньше, чем ребенок начинает достаточно свободно и правильно использовать местоимения «он, она, они» и «ты». Даже к 5–6 годам большинство детей называют себя по имени или во 2-ом или в 3-ем лице, не используя слово «Я», даже если оно присутствует в эхолалической речи. Также обращает на себя внимание, что дети не задают вопросов и предпочитают не отвечать на них.

В последнее время получены данные, согласно которым 70-80% детей с синдромом Каннера страдают умственной отсталостью (Гилберг К., Питерс Т., 1998). Но в любом случае отмечается неравномерность интеллектуального развития и «западение» невербальных показателей по сравнению с вербальными. Нормальная интеллектуальная деятельность всегда характеризуется аутистической направленностью (игры, интересы, фантазии оторваны от реальной ситуации). Относительная сохранность абстрактных форм познания действительности является одной из особенностей детского аутизма.

Игровая деятельность имеет также свои особенности, зачастую сводясь к однообразному пересыпанию, переключиванию предметов, постукиванию предмета о предмет, касанию ими лица, обнюхиванию, облизыванию, верчению. Обращают на себя внимание то быстрая пресыщаемость любым игровым действием, то застреваемость на одной и той же манипуляции, отсутствие сюжетности,

усложнения игры, ее стереотипизация. Вместо игры дети могут ползать, ходить, иногда подпрыгивать, крутиться.

С раннего возраста при синдроме Каннера нарушается инстинктивная жизнь, что проявляется в изменении аппетита, нарушении сна. Мышечный тонус то снижен, то повышен. У одних детей практически отсутствует реакция на окружающее, у других отмечается повышенная чувствительность, проявляющаяся беспокойством, беспричинным плачем и т.п. (Башина В.М., 1999; Семаго Н.Я., Семаго М.М., 2001; Каган В.Е., 1996; Манелис Н.Г., 1999).

Е.Р.Баенская (1995) указывает на то, что «аффективное неблагополучие» ребенка-аутиста нельзя связывать с отдельными патологическими симптомами, — объективную оценку может дать лишь рассмотрение комплексных паттернов поведенческой адаптации к миру и человеку».

Одной из особенностей детей с аутизмом является гиперсенситивность. Е.Р.Баенская (1995) перечисляет следующие ее проявления: особая чувствительность к громким звукам, плохая переносимость бытовых шумов обычной интенсивности, нелюбовь к тактильному контакту.

Для аутичных детей характерны множественные стереотипы. К.С.Лебединская (1992) среди них выделяет двигательные (раскачивание, сгибание пальцев, машущие движения, однообразные прыжки), сенсорные (зрительные — например, верчение перед глазами пальцев, игрушек, включение и выключение света, слуховые — например, сминание бумаги, шуршание пакетом, скрипение дверью, тактильные — например, манипуляции с водой, проприоцептивные — произвольное напряжение конечностей, обонятельные, вкусовые), речевые (эхолалии, стереотипные манипуляции со звуками и словами), поведенческие (ритуальность в соблюдении режима, выборе еды, сюжетах игр и т.д.), ритмические (стремление к раскачиванию, трясению предметов, скандированию, выкладыванию орнаментов).

А.С.Спиваковская (2000), отмечая, что аутичные дети часто имеют особые, необычные интересы, приводит следующие примеры: увлечение дорожными знаками, водопроводными кранами, железнодорожными рельсами, печатными рекламами, номерами телефо-

нов, всевозможными условными обозначениями, словами на иностранных языках и т.д.

Другая, очень часто встречающаяся, особенность этих детей, также являющаяся одной из основных характеристик синдрома раннего детского аутизма, — стремление к поддержанию и сохранению тождественной обстановки во всем. Это может касаться, например, расстановки мебели в комнате или предметов на столе, одной и той же одежды, пищи и т.д. (Кревелен, 2001) Данные проявления свидетельствуют о наличии у детей с аутизмом так называемого «феномена тождества». Вот как описывает это понятие А.С.Спиваковская (2000): «Безучастные и, казалось бы, невнимательные к окружающему дети дают бурные реакции на самые минимальные изменения в окружающей обстановке: перемены порядка расположения вещей на полочке, новую занавеску, снятое с вешалки пальто, новый воротник на одежде матери. Очень часто дети строго избирательны в собственной одежде ... такая же избирательность относится и к еде: дети нередко ... предпочитают питаться только одним, конкретным видом еды, полностью игнорируя все прочее».

К.С.Лебединская (1992) пишет о том, что у детей с аутизмом часто наблюдается измененная реакция на нового человека в своем окружении, проявляющаяся в тревоге, страхе, агрессии, либо, наоборот, игнорировании.

У детей-аутистов обычно имеют место своеобразные нарушения речи. Для большинства из них характерна реверзия местоимений (т.е. они говорят о себе во втором или третьем лице), специфически неправильное использование глагольных форм, своеобразные модуляции голоса («механическая» речь, парадоксальные интонации, своеобразные высота и тональность). Другая немаловажная характеристика речи многих детей с аутизмом — наличие отсроченных эхололий, т.е. механического воспроизведения когда-то слышанных фраз без их осмысления. На все эти нарушения речи указывают публикации Л.Каннер (1943), В.Кревелена (2001), В.М.Башиной, Н.В.Симашковой (1993) и других.

К.С.Лебединская (1992) приводит данные о том, что для части детей-аутистов характерно значительное отставание развития речи, для части — наоборот, раннее развитие, парциальное ускорение.

По наблюдениям А.С.Спиваковской (2000), многие дети с аутизмом, будучи весьма многоречивыми, «не чувствуют собеседника», от них трудно получить ответ на вопрос, их речь не соотносится с ситуацией, не адресуется кому-то конкретному и т.д. Сходные данные приводятся Е.С.Ивановым (2001), который отмечает, что эти дети могут иметь большой активный словарь, нередко произносят большие монологи, но испытывают огромные трудности при обычной беседе. О.Никольская, Т.Фомина и С.Цыпотан (2002) также полагают, что аутичный ребенок, даже имея большой запас слов, может испытывать трудности в организации развернутого высказывания, говорить односложно, использовать в основном стереотипные клише. Это свидетельствует о явном нарушении коммуникативной функции речи. Оно может проявляться и в неполном понимании речи — у детей с аутизмом часто вызывают затруднения многоступенчатые инструкции, словообильные пояснения какого-либо задания и т.д. (Никольская с соавт., 2002).

В.М.Башина и Н.В.Симашкова (1993) пишут о том, что в ряде случаев детского аутизма можно также наблюдать бедность словарного запаса, а также нарушения смысловой стороны речи.

В.В.Петуховым (1984) указывается на то, что представление о мире является ранним (в генетическом плане) образованием, тесно связанным, в частности, с аффективной сферой, а нарушение адекватных способов прагматической ориентации в мире приводит к тяжелым аффективным расстройствам. Это положение представляет особый интерес в связи с тем, что ранний детский аутизм, речь о котором и идет в настоящем исследовании, является, в первую очередь, расстройством аффективной сферы человека.

«Интеллект аутичного ребенка ... по своей структуре оказывается в высшей степени своеобразным и дисгармоничным», — отмечают Р.М.Фрумкина и Т.Е.Браудо (2000). Е.С.Иванов (2001) говорит о том, что, по сравнению со всеми другими детьми, у детей с аутизмом восприятие мира (и, в особенности, человека) является качественно иным. Многими специалистами отмечается, что аутичным детям трудно быть гибкими, смотреть на вещи с разных сторон, восприятие мира фрагментарно, состоит из отдельных картин, образов,

ситуаций, для них характерно буквальное понимание сказанного: им трудно выделить подтекст (Никольская О.С. и др., 2002).

Восприятие окружающего для аутичного ребенка как бы не сфокусировано, ему может быть трудно представить, например, свой дом или даже свою комнату, он может затрудниться определить, что он любит есть, хоть и имеет достаточно четкие предпочтения, опыт такого ребенка зачастую плохо организован во времени, — ему трудно выделить какие-то развернутые сюжеты из своей жизни (Никольская О.С. и др., 2002).

Дети с аутизмом, часто обладая способностью «схватывать на лету» достаточно сложную информацию (например, грамматику иностранного языка), затрудняются в переносе знаний и навыков из ситуации специальных занятий в естественную среду или просто в другую ситуацию, они нуждаются в дополнительной помощи, для того, чтобы понять самые обыденные, «бытовые» вещи, то, что обычные дети усваивают сами в раннем возрасте. «Знания и опыт лежат как будто в разных ячейках сознания и не взаимодействуют друг с другом» (Никольская О.С. и др., 2002). При этом сама возможность символизации, обобщения у таких детей сохранна, проблема же состоит в том, что эти символы жестко фиксируются и не переносятся в другую ситуацию. На практике это проявляется, например, в том, что ребенку-аутисту трудно допустить, что один и тот же результат может вызываться разными причинами, что бывают случаи, когда один и тот же вопрос имеет несколько правильных ответов и т.д. Для аутичного ребенка организация спонтанного общения со сверстниками более трудна, чем, например, структурированная ситуация обучения.

К.С.Лебединская (1992) отмечает, что для детей с аутизмом характерны следующие нарушения игровой деятельности: манипулирование с неигровыми предметами, соединение игрушек и неигровых предметов по признаку цвета, формы, размера, а не по функциональным свойствам.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАННЕГО ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Классификацию, выделение различных видов аутизма, опираясь на этиологию синдрома и разные формы биологической патологии,

пытались осуществить многие авторы. В литературе представлены разные подходы к классификации раннего детского аутизма и состояний, сходных с ним, в основе которых лежат различные критерии.

Современные отечественные и зарубежные авторы дифференцируют синдром аутизма в различных клинических структурах. Г.Аспергер (1968) выделил его в раннем детском аутизме (синдром Каннера), шизофрении, олигофрении, нарушениях слуха, аутистической психопатии (обозначаемой сегодня как синдром Аспергера). Г.Е. Сухарева (1974), и В.М. Башина (1980) рассматривают РДА в патологии шизофренического спектра как определяющий особенности детей, болеющих впоследствии шизофренией, т.е., считают его частью раннего шизофренического процесса. В.Е. Каган (1981) различает аутизм при шизофрении, шизоидной психопатии, резидуально—органический детский аутизм, парааутистические реакции невротического характера. Существует также классификация по характеру социальной дезадаптации. Так, L.Wing (1981) разделила аутичных детей по их возможностям вступления в социальный контакт на «одиноких» (не вступающих в общение), «пассивных» и «активных, но нелепых» (Каган В.Е., 1981; Гилберг К., Питерс Т, 1998; Никольская О.С. и др., 2000; Спиваковская А.С., 2000).

В.М.Башина (1993) приводит классификацию раннего детского аутизма по версии РАМН (1987). Согласно ей, выделяется 7 разновидностей раннего детского аутизма: 1) синдром раннего инфантильного аутизма Каннера (классический вариант (РДА)); 2) аутистическая психопатия Аспергера; 3) эндогенный, постприступный (вследствие приступов шизофрении) аутизм; 4) резидуально-органический вариант аутизма; 5) аутизм при хромосомных aberrациях; 6) аутизм при синдроме Ретта; 7) аутизм неясного генеза.

Классификация Лебединской — Никольской

Большинством отечественных исследователей выделяется четыре группы детей с аутизмом (Лебединская К.С., Никольская О.С., 1991; Баенская Е.Р., 1995). Эти группы отличаются друг от друга степенью и характером аффективной дезадаптации и, соответственно, когнитивного развития (Баенская Е.Р., 1995).

Дети I группы с аутистической отрешенностью от окружающего характеризуются наиболее глубокой агрессивной патологией, наи-

более 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 направленным словосочетаниям. При наиболее тяжелых проявлениях аутизма у детей нет потребности в контактах, они 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.

Дети II группы с аутистическим отвержением окружающего, характеризуются определенной возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет аутоstimуляции положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипов. Это могут быть двигательные (прыжки, взмахи рук, перебежки и т.д.), сенсорные (самораздражение зрения, слуха, осязания) и другие стереотипы. Такие аффективно насыщенные действия, доставляют эмоционально положительно окрашенные ощущения и, повышая психологический тонус, заглушают неприятные воздействия извне.

Для их поведения характерна 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. Гримасы и застывшая мимика обычно напоминают 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 — непреложное условие их существования.

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 фантазиях, часто с агрессивной составляющей, спонтанно разыгрываемой ребенком как стихийная психодрама, снимающая пугающие его переживания и страхи. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатоподобному. Для этой группы детей характерна развернутая речь, более высокий уровень когнитивного развития. Эти дети менее зависимы от матери, не нуждаются в примитивном тактильном контакте и опеке. Поэтому их эмоциональные связи с близкими достаточно низкие и мало развита способность к сопереживанию. На фоне развернутого монолога отмечается неспособность поддерживать диалог.

Дети IV группы характеризуются сверхтормозимостью. У них наименее глубокий аутистический барьер, меньше патологии аффективной и сенсорной сфер. На первый план выступают неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. Значительная часть их защитных образований несет адекватный, компенсаторный характер. Например, 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, которая выражается в качестве эмоционального симбиоза с постоянным аффективным «зарядением» 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 (Никольская и др., 2000).

Обобщая данную классификацию, можно сказать, что: первая группа характеризуется практически полной отрешенностью от происходящего, полевым поведением, мутизмом и глубокой умственной отсталостью; для второй группы характерно активное отвержение мира, множественность отрицательных переживаний и стереотипов; третьей группе свойственна захваченность аутистическими

интересами, обилие речи с частичной утратой ее коммуникативной функции; у четвертой группы ярко проявляется чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия, ее представители нередко обладают высоким интеллектом, но весьма беспомощны на житейском уровне.

Следует отметить, что авторы представленной публикации, осуществляющие свою практическую работу с детьми на базе центра социально-психологической помощи при ОФ «Отцы и дети», также руководствуются вышеописанным подходом к классификации РДА.

ОСОБЕННОСТИ РЕЧИ И ПРОИЗВОЛЬНОГО ВНИМАНИЯ

Особенности речи у аутистов (или ее полное отсутствие - мутизм) и те коммуникативные трудности, которые ребенок испытывает в ситуациях общения с окружающими его людьми, неразрывно связаны с тем патологическим состоянием, в котором они пребывают. Поэтому важно учитывать психологический аспект нарушения речи как при диагностике, так и при дальнейшей логокоррекции.

Имеющиеся данные, говорящие о причинах нарушения, механизмах и своеобразии речи у ребенка-аутиста достаточно разноречивы. Некоторые исследователи говорят о нарушении в процессе понимания слов, другими называется гипотеза о неспособности детей к усвоению всех компонентов функциональной речевой системы (звуко-слоговой, лексико-грамматической, смысловой) в онтогенезе, третьи рассматривают речевые нарушения как одно из проявлений недостаточности мышления, а именно невозможности использования знаков и символов. Наиболее перспективным подходом в изучении причин и механизмов нарушения речи является психолингвистический. Основной причиной речевых проблем ученые-психолингвисты считают отсутствие мотивации в общении у аутичного ребенка. С точки зрения психолингвистики порождение речи осуществляется в три этапа: семантический, языковой и моторный. На первом этапе (семантическом) у ребенка должна возникнуть потребность (мотив) в высказывании, которая после преобразуется в замысел (т.е., что именно хочет сказать ребенок). Затем он (замысел) программируется во внутреннем плане. На втором этапе (языковом) происходит тщательный отбор языковых средств для

выражения мысли, а на третьем (моторном) замысел оформляется в собственное речевое высказывание. Уже на первом этапе аутист вынужден потерпеть поражение. Желание и заинтересованность в контакте ребенок испытывает огромное, но эта потребность именно в эмоциональном общении, а не в речевом. Бессмысленные звуко-комплексы, отдельные слова и целые выражения у тяжелого аутиста чаще лишены смысла и используются лишь в качестве аутостимуляции. Но чем менее аутичным ребенок становится, тем чаще речь для него будет являться средством передачи информации. Иногда одно единственное слово может помочь родителям определить, что хочет их ребенок и что именно вызывает у него испуг или удовольствие.

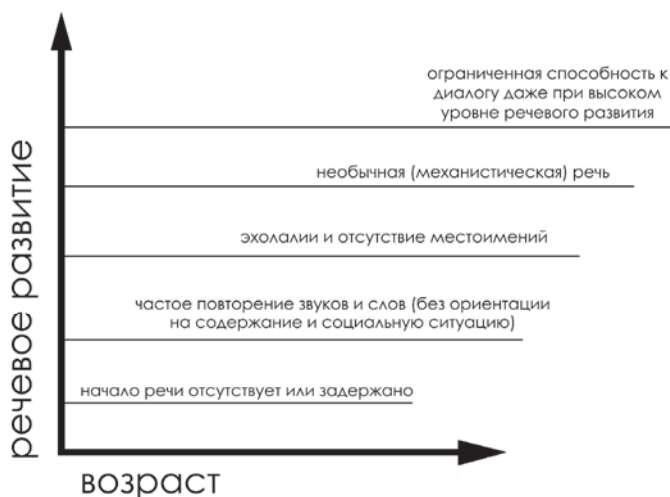
Связать предмет с конкретным словом и наполнить его смыслом - одна из главных задач, стоящих перед логопедом. Ситуация, когда дети обученные и имеющие неплохой словарный запас, на просьбу логопеда пояснить свой ответ, пофантазировать на тему, представить себя на месте героя (произвести перенос), затрудняются в ответе, распространена. Такие трудности напрямую связаны с неспособностью прочувствовать ситуацию, оценить ее. Работа логотерапевта с детьми-аутистами, в целом, напоминает работу с детьми-иностранцами (русский язык для них является незнакомым и чужим). Проблема постичь смысл неизвестных слов, назначение элементарных предметов, оформить свою мысль в грамматически и синтаксически правильное речевое высказывание, является для аутичного ребенка тем тяжелее и невозможнее, чем серьезнее его патология. Как и при работе с обычными детьми, логопед должен быть последовательным в своих действиях, при этом, не опасаясь возвращаться к уже пройденному материалу, полагаться на свою интуицию.

Специфичность речевого развития аутичного ребенка прямо зависит от степени или совокупности патологических составляющих. Оно может затрагивать все компоненты речи: звуко-слоговую структуру, лексико-грамматический строй, смысловые понятия.

Ребенок-аутист может обладать богатым импрессивным словарем, но пользоваться крайне бедной эхолаличной речью, причем значения большинства слов, которые запомнил, он не знает. В ряде случаев, при невозможности устно ответить на вопрос ребенок легко отвечает на него письменно, что позволяет судить о неустойчивости слухо-речевых образов и большей стабильности речи зрительной. В устной речи отмечается обилие эхолалий и персевераций, истощаемость слухоречевого внимания с повышенной чувствительностью к громким внешним звукам. При этом сам ребенок может стучать и кричать достаточно громко, что следует расценивать как моторную и акустические ауто стимуляции. Даже пользуясь относительно большим количеством слов, ребенок не всегда соотносит ситуацию и речь, например, вспоминает что-либо невпопад, как своего рода отдаленный акустический след яркого эмоционального переживания, особенно если предложенное ему занятие не вызывает интереса. В противовес этому, в эмоционально значимой ситуации произвольное внимание может быть достаточно устойчивым, что позволяет ребенку более продуктивно использовать речь для коммуникаций.

Организации произвольного внимания способствуют: речь с движением, речь с определенной темпо-ритмической структурой, развитие эмоционального и визуального контактов.

Речевые особенности при аутистических нарушениях



СТЕРТЫЕ ФОРМЫ АУТИЧНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Достаточно часто детский аутизм проявлен не очень ярко, хотя именно он оказывает значительное влияние на развитие ребенка. И именно в таких случаях нередко встречаются диагностические ошибки (СДВГ, алалия, ЗПР, ЗРР). При аутизме нарушена речь, но причины и форма этих нарушений отличаются от речевых проблем при алалии, дислалии, так как в основании дефекта при аутизме в большей степени лежит нарушение понимания речи, а основной проблемой является ограничение способности ребенка понимать значение коммуникации как обмена информацией между людьми. Способность к восприятию, пониманию обращенной речи также может быть ограничена как при сенсорных нарушениях (снижение слуха и зрения), так и при нарушении функции внимания. В таких случаях ребенок с вынужденным дефицитом общения может также обнаруживать элементы аутичного поведения, но при этом охотно идет на контакт в доступной ему сфере восприятия, активно пользуется жестами, мимикой и вокализацией. После проведения коррекционных занятий с опорой на сохранные анализаторы, речевые и поведенческие отклонения могут быть компенсированы. Это же можно сказать и о детях с задержкой психического развития, для которых аутичное поведение вторично по отношению к первичной задержке развития.

Для аутичного ребенка, независимо от его возраста и уровня развития речи, характерна трудность взаимодействия с окружающими его людьми как на вербальном, так и на невербальном уровнях. Он не проявляет инициативу в общении и совместной деятельности, испытывает трудности в распознавании эмоциональных реакции окружающих. Кроме того, значимым отличием ребенка, имеющего проблемы аутистического спектра от ребенка, таковых проблем не имеющего, является отсутствие обобщения информации о людях. Каждый человек существует в сознании аутичного ребенка «сам по себе», обобщения не происходит, что не характерно для обычных детей, в том числе для детей с СДВГ, которые, напротив, склонны людей, не относящихся к категории значимых лиц, воспринимать как представителей какого-либо типа или социальной группы.

Между тем, отсутствие своевременной психокоррекционной работы со стертыми формами аутизма у детей может приводить к утяжелению их состояния, в т.ч. к серьезным срывам в подростковом возрасте.

ПРИЛОЖЕНИЕ К СТАТЬЕ

Немецкие специалисты (Hartmut R.P. Janetzke. Stichwort Autismus. Munchen, 1993) следующим образом иллюстрируют особенности поведения аутичного ребенка:



Кажется глухим, не распознает опасности



Нуждается в осязаемой помощи для того, чтобы заинтересоваться обучением



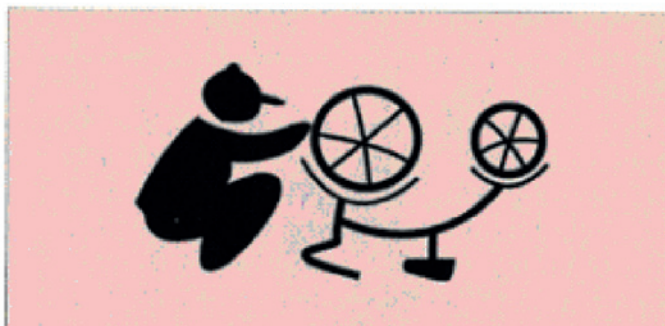
Способен узнать смысл и необходимость правил социального поведения только при терпеливой поддержке



Часто переживает состояние отчаяния, доводящее до гнева



Может проявлять радость очень живо, однако повод для нее не всегда заметен



**Использует предметы не по назначению.
Недоволен, когда его прерывают.**



**Склонен к повторяющимся действиям
и в этом очень настойчив**



**Обусловленные извне перемены вызывают
чувства неуверенности, страха и панические настроения**

По мнению специалистов, поддерживаемых международным сообществом Autism Speaks Inc., так называемые «красные флажки» ранних проявлений детского аутизма могут быть сформулированы следующим образом:

- отсутствие большой улыбки, а также других теплых и радостных выражений в возрасте 6 месяцев и позже;
- отсутствие желания повторять звуки, разделять улыбки и другие выражения лица в возрасте 9 месяцев и позже;
- отсутствие детского лепета в возрасте 12 месяцев;
- отсутствие обычных жестов, таких как указать пальцем, вытянуть руку, чтоб дотянуться или помахать на прощание в возрасте 12 месяцев;
- отсутствие слов в возрасте 16 месяцев;
- отсутствие значащих двусловных фраз (без подражания или повторения) в возрасте 2-х лет;
- отсутствие реакции, когда ребенка зовут по имени в возрасте 10 месяцев;
- любая потеря речи, лепета, либо социальных навыков в любом возрасте.

Карвасарская И.Б.

Комплексная коррекция расстройств аутистического спектра

Появление неконтактного ребенка является мощным стрессовым фактором для семьи в целом, и своевременное оказание ей психологической помощи существенно влияет на перспективу развития ребенка, поэтому, начиная с первой встречи семьи с психологом, мы ориентируемся на то, что в помощи нуждается не только ребенок, но и семья в целом. На первом этапе важно постараться не допустить деструктивной перестройки семейной системы, проявляющейся в сокращении контактов с окружающим миром, ухудшении общего эмоционального фона и возникновении отношений созависимости, которые вызывают в психологическом состоянии близких ребенка резкие травмирующие изменения, затрудняющие для него процесс адаптации. Следует говорить не только о психологической поддержке семьи, но и о необходимости повышения уровня родительской компетенции и общей психологической грамотности. Поэтому целесообразно создание комплекса психологической поддержки и обучения родителей, в первую очередь, матерей, на которых ложится максимальная эмоциональная нагрузка. Условия внешней среды, окружающей ребенка, в первую очередь семьи, создают общий фон, способствующий усилению или ослаблению его болезненных проявлений. Детская психотерапия должна, как это ни парадоксально на первый взгляд, являться терапией взрослых, в первую очередь родителей, так как, обращаясь к психологу, родители по сути заявляют о своей родительской несамостоятельности и надеются обрести поддержку. Поэтому уже на первичном приеме нужно стараться вызвать у взрослых членов семьи желание развиваться в интересах ребенка. Для этого существует достаточно возможностей, начиная от групп родительской поддержки и индивидуальных занятий с психологом в нашей организации, заканчивая занятиями с независимыми взрослыми психотерапевтами, количество которых сейчас достаточно велико в любом крупном городе.

Для детей с расстройствами аутистического спектра в первую очередь мы используем игротерапию. Применение игротерапии как метода лечебного воздействия логично вытекает из того, в чем про-

являются основные нарушения у аутичных детей. В первую очередь обращают на себя внимание нарушения игровой деятельности, общения, невозможность установления адекватных отношений с окружающими людьми. Как отмечают исследователи: «Игровая терапия, центрированная на ребенке, есть непосредственный опыт ребенка, опыт, в котором терапевтический процесс возникает из совместных живых отношений, развивающихся на базе постоянно передаваемых сообщений о том, что терапевт верит в возможность ребенка помогать самому себе и свободен рисковать, опираясь на собственные силы... В игровой терапии, центрированной на ребенке, ключом к росту являются именно отношения, а не использование игрушек или интерпретация поведения» (Лэндретт Г.Л., 2001). Никаких задач, кроме обучения навыкам игры и общения и, в меньшей степени, социального поведения не ставится. Естественно, при этом необходимо поддерживать и развивать атмосферу доверия и безопасности, без которой терапия невозможна. Очень важно то, насколько быстро психолог может установить с ребенком субъектные отношения (ребенок узнает психолога, знает его имя, может найти его в игровом зале, может обратиться с просьбой, выраженной как в вербальной, так и невербальной форме). Быстрая пресыщаемость аутичного ребенка новыми впечатлениями, с одной стороны, и склонность к защитному воспроизведению устойчивых поведенческих стереотипов, с другой, приводит к тому, что усвоение новой информации возможно лишь на протяжении достаточно короткого промежутка времени. Эффективность занятий становится значительно выше, если процесс организован таким образом, чтобы, пресытившись одним видом деятельности или контактом с партнером, ребенок мог сменить деятельность или, соответственно, партнера. Психологи, имеющие большой опыт взаимодействия с детьми, могут обходиться и без котерапевтов.

Уровень профессиональной готовности терапевта определяет его мотивация. Мотивы очень сильно меняются в процессе терапии и должны осознаваться. При достаточном осознании и опыте работы можно говорить о создании такого терапевтического альянса, когда появляется бытие с клиентом. Состояние бытия связано с созданием кажущейся неактивности. Если терапевт активен, то он ведет ребен-

ка за собой, не давая ему свободы, но это должно, как минимум, совпадать с готовностью ребенка следовать за ним. Независимо от того, с какими пациентами работает терапевт, он должен обладать качествами, необходимыми для успешности терапевтического процесса. Это – так называемая триада Роджерса:

- психотерапевт конгруэнтен в отношениях с пациентом, остается самим собой, со всеми присущими ему переживаниями;

- он переживает безусловно положительную оценку по отношению к пациенту. Безусловно положительно оценивать другого – значит оценивать его позитивно, независимо от того, какие чувства вызывают определенные его поступки;

- психотерапевт эмпатически воспринимает пациента. Знания субъективного мира, полученные эмпатически, приводят к пониманию основы его поведения и процесса изменения личности.

Следует заметить, что работа с расстройствами аутистического спектра зачастую приводит к быстрому проявлению эмоционального выгорания у психолога, поэтому необходимо внимательно относиться к своему эмоциональному состоянию, и обращаться к терапии или супервизии при малейших признаках неблагополучия.

Первым этапом психокоррекционной работы является этап индивидуальных занятий. На первых двух занятиях никаких целей, кроме приучения ребенка к новому месту и незнакомому ему прежде взрослому, можно не ставить. Если первый контакт состоялся, на последующих занятиях можно начинать внедряться в личное поле ребенка с целью увеличения его эмоциональной устойчивости и внесения изменений в его поведение. Увеличение давления со стороны взрослого может вызвать аффективную реакцию у ребенка, поэтому нужно очень чутко реагировать на изменения его настроения. Кроме того, лучше, чтобы действия, направленные на изменения, приходились на первую часть занятия, а во второй половине можно заняться деятельностью, которую предпочитает ребенок, так как и для него, и для его родителей очень важно то, в каком настроении он выходит после занятия. Недопустимо отдавать ребенка в состоянии аффекта. Главной задачей этапа индивидуальных занятий является создание доверия к терапевту, чтобы на какой-то момент пропало отчуждение и возникло состояние совместного существования, которое совсем

не обязательно озвучено ребенком, но проявляется в невербальном поведении. Чувство привязанности, симпатии, расположения к человеку создает ребенку положительный эмоциональный опыт, является дальнейшей основой для межличностных связей. Необходимым условием для успешного установления и поддержания контакта, является владение первичным, доступным аутичному ребенку языком, во взгляде которого могут быть выражены разные чувства – страх, агрессия, просьба поддержки. Из поля внимания терапевта также не должны выпадать интонации, жесты, позы, модели поведения. При использовании первичного языка создание доверительной атмосферы значительно ускоряется, так как для ребенка, который в силу особенностей своего развития испытывает огромные трудности в осознании и, тем более, вербализации своих потребностей и чувств, безусловно важной является возможность общения на доступном ему языке без оценивания и вне социально-нормативной окраски. Гораздо более эффективным способом воздействия на поведение аутичного ребенка является не создание «правильных» форм поведения, а настойчивое и последовательное блокирование неэффективных. В такой ситуации ребенок вынужден искать другие формы, часть из которых обычно является более конструктивной. Их и следует поддерживать. И это будут формы, самостоятельно найденные ребенком, а не навязанные ему извне. Любой человек должен сам научиться искать и находить те формы поведения, которые не вызывают негативной реакции значимых для него людей, так как не всегда рядом есть советчики, которые говорят ему: «Делай так». Очень важно при этом сохранять эмоциональный нейтралитет, должна доминировать стратегия «объяснять», а не стратегия «ругать», ибо аутичный ребенок слишком часто имеет отрицательно эмоционально окрашенный личный опыт общения, что еще больше подрывает его возможности и веру в себя. Формирование личного положительного опыта общения является одной из главных задач на первом этапе терапии.

Следующим этапом являются занятия в паре или в небольшой группе детей, сходных по уровню развития и степени выраженности аутистических расстройств. Общение с аутичным партнером, как вербальное, так и не вербальное, почти всегда доступно ребен-

ку под руководством взрослого, которому он доверяет. Конечно, это взаимодействие не всегда похоже на общение обычных детей, но обогащает личный опыт участников. Аутичный партнер менее критичен, чем обычный ребенок, и информирует об этом невербально и однозначно (недвусмысленно). Еще одним весьма эффективным вариантом парных занятий являются совместные занятия матери и ребенка под руководством психолога. Желательно, чтобы он следовал после индивидуального цикла, на котором специалист уже установил контакт с ребенком. В процессе таких занятий решаются несколько задач: снижение повышенного уровня напряжения и тревоги, характерных для матерей аутичных детей; повышение уровня конструктивной активности обоих членов пары; повышение уровня психологической грамотности семьи в целом.

При занятиях в группе в первую очередь речь идет о повышении уровня переносимости ребенком ситуации включенного общения, ситуации группового напряжения, конфликтов, неизбежно возникающих между потребностями ребенка и возможностями их немедленного удовлетворения. Кроме того, группа призвана ликвидировать дефицит общения. Именно здесь ребенок в безопасных условиях получает опыт познания другого, имеет максимальную возможность получения позитивного опыта общения. В то же время в открытой среде даже успешно интегрированный в нее ребенок часто получает негативный опыт, который не способствует повышению уверенности в себе, и препятствует возникновению потребности в общении, скорее отвращает от него. В процессе групповой игротерапии ребенок получает множественную информацию о себе за счет обратной связи, что способствует расширению образа «Я», выделению себя в качестве субъекта взаимодействия. У него появляется возможность приобрести новые навыки за счет подражания менее аутизированным детям, которые находятся по своему уровню развития ближе к нему, чем обычные дети. Безусловно контакты эти крайне непродолжительны по времени и своеобразны по форме, что вызывает скептическое отношение у неподготовленных наблюдателей, но, тем не менее, даже глубоко аутичные дети со временем начинают проявлять положительные эмоции при групповом взаимодействии. Перемещаясь от одного человека к другому, ребенок может,

не пресыщаясь, оставаться в активном взаимодействии в течение большего промежутка времени. Вначале, при включении в группу, ребенок пассивен или крайне стереотипен в своем поведении, испытывает высокий уровень напряжения, но постепенно становится более активным, зачастую появляются возбуждение или агрессия. Это – закономерное явление в групповом процессе, без него невозможно движение вперед. Ребенку нужно время, чтобы приспособиться к деятельности, которая является перегрузкой для него. С возрастанием уровня включенности возрастает и степень травматизации от внешних факторов, от которых ребенок был защищен. К сожалению, многих родителей пугает этап возросшей активности ребенка, пусть даже проявляемой в не самых адекватных формах, в то время как ее можно использовать для формирования новых, более сложных форм поведения.

Каждый ребенок в рамках игровой деятельности решает свою собственную задачу. Для одного достижением является возможность сосредоточенно наблюдать за чужой игрой при поддержке психолога, для другого – возможность спокойно играть и комфортно чувствовать себя, несмотря на пугающую обстановку, шум и отсутствие родителей, для третьего – возможность пусть точечных, но контактов с другими детьми под руководством психолога. Для детей с менее выраженными расстройствами аутистического спектра – возможность совместных сюжетных игр и простых игр по правилам. Развитию взаимодействия между детьми и установлению более тесных эмоциональных связей способствует и совместное рисование на большом листе бумаги. Даже неговорящие дети, не обладающие навыками предметного рисования, могут принимать участие в таком виде деятельности, испытывая при этом чувство вовлеченности в общий процесс. А любой опыт совместной деятельности в принимающей среде бесценен для аутичного ребенка.

Основная задача психолога в группе – не допускать возникновения и развития ситуаций, которые могут повлечь ущерб для здоровья ребенка. Нужно уметь вовремя распознавать и блокировать агрессивные и аффективные состояния у детей, а также использовать возникающее в процессе терапии групповое напряжение для конструктивных изменений в поведении детей, в воспитании ими

себя и других. Другой, не менее важной, задачей является организация совместной игровой деятельности, играть пусть не вместе, но рядом способны многие аутичные дети, а такие игры, как догонялки, доступны почти всем. Даже если ребенок не вполне понимает правила игры, он в состоянии бегать вместе со всеми, будучи эмоционально включенным. Двигательные игры просты и вызывают положительные эмоции у большинства детей. Возможно, первое время кому-то из них нужно побегать за руку со взрослым, но на каком-то этапе почти все могут включаться самостоятельно. Привыкнув находиться в группе, ребенок может найти свою, обособленную нишу, позволяющую избегать нежелательных для него воздействий и выработать новый поведенческий стереотип, который будет применять постоянно. В таком случае мы создаем условия, при которых это становится если не невозможным, то затруднительным: можно убрать из игрового зала привычные игрушки, переставить мебель, активно препятствовать бесконечному воспроизведению привычных действий. Настроенность специалиста на внутренний мир ребенка, делает взаимодействие максимально эффективным. Сложности взаимопонимания, возникающие при общении с говорящими детьми, связаны с тем, что они, выражая свои мысли, часто облачают их в такую символическую форму, из которой трудно понять, что имеется в виду. При этом фраза сама по себе не является бессмысленной, из-за чего адресат, включаясь в диалог, понимает ее буквально, не видя стоящего за ней индивидуального смысла. В таких случаях целесообразно дублировать высказывание на общепринятом языке.

Социальные отношения сложны для детей с расстройствами аутистического спектра в силу того, что они мало способны к моделированию поведения в зависимости от ситуации. Занятия в группе ставят их перед необходимостью приспособляться к постоянно меняющимся условиям. Уменьшение жесткости поведенческих стереотипов возможно тогда, когда есть помощь извне, и это связано с определенными эмоциональными переживаниями. Ребенку тяжело находиться в состоянии изменения. Идея постоянно меняющейся среды может представляться травматичной, но для многих это шанс повысить социальную эффективность. Но не стоит забывать о без-

опасности, нужно фиксировать момент, когда нужно остановиться, иначе аффект может захлестнуть эффект. Расширение, обогащение коммуникативного опыта, наблюдение за окружающими и пассивное или более активное включение в групповое взаимодействие в безопасной среде способствует повышению порога приемлемого.

Местом, где воедино сводятся все вышеперечисленные подходы, является интеграционный лагерь реабилитационного туризма, в котором находятся как дети с расстройствами аутистического спектра и их родители, так и обычные дети. Основа лечебного воздействия в летнем лагере – терапия средой. Приспособление к среде является основным принципом жизни, требует от ребенка максимального использования навыков, приобретенных в процессе роста и развития. Для обеспечения динамики терапевтического процесса его условия периодически изменяются. Состав групп, проживающих в условиях лагеря или участвующих в походах, варьируется как по возрасту и количеству участников, так и по индивидуальным показателям. В силу особенностей северного климата (лагерь находится на побережье Онежского озера), повышенной физической и эмоциональной нагрузки в походных условиях, происходит активизация всех систем жизнедеятельности, а необходимость постоянного коллективного взаимодействия приводит к дальнейшему совершенствованию навыков общения. Принципиально важным здесь является то, что эмоционально, социально и коммуникативно активное окружение, сформированное в условиях лагеря, не предъявляет аутичному ребенку прямых директивных требований, но и не придает «особого» значения его трудностям и неспособностям. Непрерывность терапевтического процесса предполагает высокие требования к специалистам и волонтерам: высокая эмоциональная и психологическая устойчивость, хорошая физическая подготовка, готовность к быстрому принятию решений в нестандартных ситуациях, высокий уровень способности к постоянному коллективному взаимодействию.

Таким образом, наш подход представляет собой многоуровневый и многосторонний процесс. Такая «многозначность» во много раз увеличивает эффективность коррекционного процесса, несмотря на то, что предложенная модель является всего лишь одним из вариантов улучшения социального функционирования.

**Жуков Е.С., Карвасарская И.Б.,
Марцинкевич Н.Е., Покровская С.В.**

**Практические рекомендации по социально-психологической
адаптации детей с тяжелыми психическими заболеваниями
в летнем лагере реабилитационного туризма**

СОДЕРЖАНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Одной из наиболее трудно адаптируемых групп детей с тяжелыми психическими заболеваниями являются дети с синдромом раннего детского аутизма. Степень выраженности этого явления может быть разной.

В тяжелых случаях ранний детский аутизм (РДА) проявляется как полное или почти полное отсутствие контактов с внешним миром: ребенок не фиксирует взгляд на предметах и окружающих его людях, не говорит (или почти не говорит) и не реагирует на обращенную к нему речь, избегает тактильного контакта. Зачастую таким детям свойственна агрессия и аутоагрессия, речевые и двигательные стереотипии (многочасовое повторение фраз или движений), отсутствует видимая познавательная активность и персонификация личности (ребенок о себе говорит во 2-м и 3-м лице), поэтому у них не существует видимых различий во взаимодействии с живым и неживым миром. Но, как показывает опыт, эти дети часто интеллектуально сохранны, и они строят свое общение с миром принципиально иным способом, нежели другие люди, обладая при этом прекрасно развитой интуицией.

В более легких случаях ребенок говорит, говорит правильно, но при этом речь его эмоционально не окрашена, лицо часто амимично; он не обладает чувством юмора в привычном нам смысле. Стереотипии носят более развернутый характер, превращаясь в ритуальные действия. Игры бесконечно повторяемы и однообразны — они строятся вокруг какого-либо одного произвольно выбранного предмета и не требуют других участников. Собственный же воображаемый мир аутичного ребенка гораздо более для него реален и разнообразен, чем сама действительность. Поэтому для окружающих здесь основной проблемой является практическая невозможность

построения с таким ребенком сочувственных взаимоотношений, отношений сопереживания.

Жизнь семьи, воспитывающей аутичного ребенка, во многом отличается от жизни других семей. Все выходы такой семьи в мир автоматически ограничиваются: ребенка не принимают в детский сад, с ним нельзя пойти в гости, принять гостей (ребенок не понятен и не предсказуем), он избирателен в еде, навыки самообслуживания долго не прививаются. Это происходит и в силу неприятия самим ребенком любых изменений.

Все вышеперечисленное влечет за собой вторичную изоляцию от мира и, если не проводить специальных коррекционных мероприятий, то пропасть, отделяющая ребенка от других людей, с течением времени становится все шире.

И, если для любого другого ребенка с ограниченными возможностями проблема социальной адаптации носит больше технологический характер приобретения ими новых навыков, вплоть до профессиональных, то в случае с аутизмом мы встречаемся почти с невозможностью их социализации в связи глубокими нарушениями как таковых контактов с окружающим миром.

Среди различных методик работы с аутичными детьми наиболее популярна поведенческая психотерапия, применяемая во многих странах. Ее привлекательность - легко достижимый результат и наглядность обучения таких детей строго определенному набору навыков. Однако столь прагматичный подход на поверку оказывается весьма несовершенным и малоубедительным ввиду невозможности предусмотреть все разнообразие жизненных ситуаций, с которыми неминуемо столкнется ребенок.

На взгляд авторов, гораздо важнее развивать способности таких детей к самостоятельному поведению и умению правильно реагировать на постоянно изменяющиеся условия его существования. Один из путей решения этой задачи - "терапия средой", т.е. создание вокруг ребенка с тяжелым психическим заболеванием здоровой, социально-активной среды общения, ориентированной на него и дающей ему возможность построения отношений с внешним миром в наиболее щадящем режиме. Обратная сторона этого процесса - "терапия самой среды", т.е. гуманизация современного общества

за счет изменения собственного поведения и формирования цивилизованного, более терпимого отношения к людям с особенностями развития.

Как показывает практика, для социальной адаптации аутичных детей требуется непрерывное, как правило, многолетнее течение психотерапевтического процесса, в котором задействованы специалисты различного профиля - психологи, врачи, педагоги, социальные работники, волонтеры.

Основной целью программы летнего оздоровительного отдыха в лагере реабилитационного туризма "Онега" является интенсивная социально-психологическая реабилитация детей с тяжёлыми психическими заболеваниями в условиях совместного проживания со своими здоровыми сверстниками сначала с сопровождающими, а в дальнейшем, по мере развития коммуникативных навыков, самостоятельно.

Следует отметить, что формируемая для этой цели терапевтическая среда создается максимально приближенной к условиям реальной жизни, для чего в состав участников программы включаются дети с нарушениями социального поведения - "трудные подростки", количество которых ограничено, а поведение является подконтрольным.

Таким образом, лагерь реабилитационного туризма представляет собой действующую микромодель интегрированного сообщества (дети с тяжелыми психическими заболеваниями и их родители; специалисты и волонтеры; здоровые дети-котерапевты и дети с нарушениями социального поведения), живущего в реальных условиях, благодаря чему создаются оптимальные условия для проведения эффективной социально-психологической реабилитации дезадаптивных детей и их последующей интеграции в общество.

Исходя из вышеизложенного, основными задачами программы являются: интеграция в общество детей с тяжелыми психическими заболеваниями; формирование у них навыков самостоятельного поведения; приобретение ими новых навыков самообслуживания; приобщение семьи к психотерапевтическому процессу; общефизическое оздоровление детей и подростков; привлечение здоровых

сверстников к совместной деятельности с дезадаптивными детьми; интеграция профессионалов.

ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К УЧАСТНИКАМ ПРОГРАММЫ

Дети с ТПЗ в возрасте до 8 лет находятся в лагере только при сопровождении взрослых (родители или другие родственники). Исключение составляют случаи отсутствия сопровождающих в походах продолжительностью менее трех дней. Дети старше 8 лет, в зависимости от степени развития навыков самообслуживания и степени привязанности к родителям, могут находиться в лагере как одни, так и с сопровождающими их родственниками.

Здоровые дети отдыхают в лагере без сопровождения взрослых. Необходимым условием их пребывания в лагере является наличие способностей к самообслуживанию в условиях жизни туристического лагеря и первичное знакомство с основами безопасности жизни (обращение с огнём, правила поведения на открытых водоёмах, правила дорожного движения).

Противопоказания к пребыванию детей в лагере реабилитационного туризма: дети младше 4 лет; дети с наличием судорожных состояний (исключение составляют случаи ремиссии более пяти лет); дети, получающие активное постоянное лечение психотропными препаратами; дети, имеющие хронические соматические заболевания; выраженные аллергические состояния.

Интеграция профессионалов представляет собой единое системное взаимодействие, выработанное совместными усилиями специалистов различного профиля (психологи, врачи, социальные работники).

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП СРЕДИ УЧАСТНИКОВ ПРОГРАММЫ

Формирование групп среди участников летней программы производится психологами центра не менее, чем за два-три месяца до выезда в лагерь и имеет своей целью моделирование наиболее оптимальных условий развития для всех участников психотерапевтического процесса с учетом их половозрастных характеристик,

эмоционально-физических возможностей и психологических особенностей поведения.

Каждая такая группа включает в себя специалиста, детей с тяжёлыми психическими заболеваниями, их сопровождающих и здоровых детей-котерапевтов.

Сформированные группы размещаются в каждом из домиков туристической базы и являются самостоятельной единицей хозяйствования. Участники группы коллективно обсуждают и самостоятельно решают все вопросы, связанные с регламентом жизни домика (организация дежурств по кухне и уборке помещений, обеспечение домика водой, дровами и пр.) при посильном участии каждого, включая детей с тяжёлыми психическими заболеваниями.

При этом необходимо учитывать закономерные трудности, подчас возникающие в процессе совместного проживания столь разнородных групп людей. Как показывает трехлетний опыт работы лагеря, неумение, а зачастую и нежелание небольшой части родителей, сопровождающих детей-инвалидов, приспособиться к сложным бытовым условиям жизни в туристическом лагере, может иногда приводить к появлению эмоционально напряженных неадекватных реакций на проблемные ситуации, которые, к сожалению, возникают, несмотря на предварительное разъяснение психологов и подготовку родителей к выезду в лагерь. Поэтому одной из важных задач специалистов является постоянный мониторинг психологического состояния группы и разрешение таких конфликтных ситуаций путем их направления в конструктивное русло.

В случае необходимости (конфликтная ситуация в группе, изменение состояния больного ребёнка) специалистами производятся оперативные изменения в составе групп. При этом большая роль отводится детям-котерапевтам, которые совместно со специалистами поддерживают атмосферу принятия дезадаптивных детей и содействуют их включению в конструктивное общение и совместную деятельность.

ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Одним из важнейших принципов жизни на базе является терапевтическая организация пространства, времени и среды общения. При

этом следует учитывать, что для части детей с тяжёлыми психическими заболеваниями организация их познавательной деятельности возможна только при участии взрослых.

Долговременной целью пребывания детей с ТПЗ является постепенное расширение исследуемого и осваиваемого им пространства: освоение пространства домика; территории базы; близлежащих окрестностей (лес, озеро, деревня); участие в походах различной удалённости от базы.

В своей работе на базе специалисты сознательно отказались от жёсткого расписания жизни лагеря по времени и видам деятельности с целью выработки у детей навыков самостоятельного принятия решений в условиях повышенной степени свободы выбора. При этом наибольшая часть решений принимается специалистами путём коллегиального обсуждения с привлечением к этому всех участников процесса. Исключение составляют экстремальные ситуации, в которых специалисты берут на себя всю полноту ответственности за принятие решений.

Для обеспечения динамики психотерапевтического процесса его условия постоянно меняются. Состав групп, проживающих в условиях базы или участвующих в походах, постоянно варьирует как по количеству и возрасту, так и по индивидуальным показателям психологического состояния детей.

Одним из важнейших компонентов терапевтического процесса является участие детей в походах различной степени сложности в целях ознакомления с природой и окружающим миром, дальнейшего развития навыков самообслуживания и общения, общефизического укрепления здоровья и активизации познавательной деятельности.

Протяжённость туристических походов колеблется в пределах от 2 до 100 км, а время нахождения в походе - от 1 до 8 дней. Проводятся следующие виды походов: пешие; байдарочные; смешанные (одна часть группы осваивает пешеходный маршрут, а другая - водный, периодически встречаясь на общих стоянках, где, в зависимости от психофизического состояния детей, происходит замена способа передвижения).

Дети с ТПЗ участвуют в походах различной степени сложности как вместе с родителями, так и самостоятельно. Для детей с тяжёлы-

ми формами аутизма и детей младшего школьного возраста организуются походы продолжительностью не более трех дней, доступные им как по физическим, так и по эмоциональным нагрузкам. Более сложные и длительные маршруты проводятся с детьми, уже имеющими опыт участия в них. В походах родители, сопровождающие детей с тяжелыми психическими заболеваниями, получают возможность ознакомления с новыми адаптационными способностями своих детей и приобретают полезные навыки их воспитания.

Для подавляющего большинства детей с ТПЗ участие в программе деятельности лагеря реабилитационного туризма является уникальным опытом самостоятельного проживания в незнакомых для них условиях и с незнакомыми людьми. Поэтому адаптация таких детей к широкому спектру ситуаций, происходящих в жизни туристического лагеря, содействует максимальному расширению их круга общения и представления об окружающем мире.

Таким образом, лагерь реабилитационного туризма представляет собой активно действующую микромодель интегрированного общества (дети с тяжелыми психическими заболеваниями и их родители; специалисты и волонтеры; здоровые дети-котерапевты и дети с нарушениями социального поведения), живущего в реальных условиях, благодаря чему создаются оптимальные условия для проведения эффективной социально-психологической реабилитации дезадаптивных детей и их последующей интеграции в общество.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Основным критерием оценки работы лагеря реабилитационного туризма “Онега” является клинико-психологическая динамика состояния детей с тяжелыми психическими заболеваниями. Это, безусловно, не единственный критерий и при анализе деятельности лагеря можно использовать ряд других показателей, например, частоту повторных заявлений родителей и изменение длительности пребывания детей в лагере, изменение характера и степени активности родителей во время подготовки к выезду в лагерь и во время жизни в нем, динамичность и разнообразие режима, например, количество и длительность пеших или лодочных походов и количество детей с ТПЗ, способных участвовать в них. Но эти и, возможно, другие

показатели в большей степени могут зависеть от климатических и сезонных условий, материальной оснащённости лагеря снаряжением и так далее и требуют некоторой уже сложившейся стабильности, структурности и большей продолжительности работы (4-6 лет). Клинико-психологический критерий оценки более динамичен и в большей степени отражает качество реабилитационного процесса, но все-таки является скорее эмпирическим и во многом зависит от тех теоретических, концептуальных позиций и подходов, которых придерживается сама терапевтическая бригада (бихевиоральных, психодинамических, тренинговых и др.). Частично, эта погрешность оценки может быть уменьшена, если в лагере работают много волонтеров (как взрослых, так и детей), профессиональный и личный опыт которых очень различен, а участие в работе и обсуждение ее ведется на равноправных, партнерских началах.

Основными клиническими особенностями детей, находившихся в лагере реабилитационного туризма, являются выраженные нарушения коммуникативного поведения (стереотипный, ригидный, неконструктивный характер общения), отставание в психомоторном развитии, трудности в адаптации, связанные с эмоциональными, речевыми и двигательными проблемами. Поэтому оценка клинико-психологических изменений проводится по следующим параметрам:

1. изменение характера общения и коммуникаций, как на вербальном, так и на невербальном уровнях;
2. изменение в характере и качестве стереотипных и защитных норм поведения (двигательные и речевые стереотипии, эхоталии в речи, манипулирование одним привычным предметом, ритуализация в еде, режиме, одежде);
3. динамика аналитико-синтетических способностей, возможности к суждениям и умозаключениям на основе нового социального опыта, изменение объема долговременной памяти;
4. изменение диапазона бытовых, двигательных и социальных навыков.

У детей с синдромом раннего детского аутизма наблюдались, главным образом, изменения по 1-му и 2-му параметрам и, как следствие, по 4-му.

Для детей этой группы особо значимыми были такие факторы, как насыщение общением, пребывание в эмоциональной и детально разнообразной среде, обилие новых сенсорных впечатлений при одновременной возможности уединиться. Принципиально важным является то, что эмоционально, социально, коммуникативно активное окружение, сформированное в условиях лагеря “Онега”, не предъявляет аутичному ребенку прямых директивных требований, но и не придает “особое” значение его трудностям и неспособностям. Тем самым, аутичный ребенок получает: а) возможность длительного наблюдения за окружением; б) определяет, формирует и направляет свои интересы и внимание к чему-либо более целенаправленно, чем раньше, поскольку деятельная и активно взаимодействующая внутри себя среда лагеря представляет опыт частых “микростолкновений”, соприкосновения с другими; в) в результате он чаще оказывается в ситуации выбора (действовать или нет, присоединиться или нет, заявить о себе каким-либо образом или нет, кого выбрать для обращения и т.д.). Тем самым появляется возможность собственно внутренней мотивации к общению, что изначально столь трудно для аутичного ребенка. Вместе с этим, многие дети впервые начинают узнавать и выделять окружающих людей, устанавливать субъектные связи. Расширение, обогащение коммуникативного опыта, наблюдение за окружающими людьми и пассивное или более активное включение в жизнеобеспечение лагеря способствуют повышению “порога” приемлемого, переносимого (шумы, движение, необходимость смены одежды, большое количество людей вокруг, вынужденное изменение привычного режима занятий из-за непогоды и др.), то есть многих вещей и событий, ранее травматичных для аутичного ребенка. Именно благодаря расширению этого диапазона приемлемого, привычные, ритуальные, защитные нормы поведения не усугубляются, как можно было бы ожидать, а, в большинстве случаев, даже смягчаются - в первую очередь это относится к речевым эхолалиям и двигательным стереотипиям. В меньшей степени изменяются защитные нормы поведения - манипулирование привычными предметами, приверженность к определенному порядку или вещам. Пребывание в социально активной, терапевтически ориентированной на ребенка, среде, изменение уровня коммуникативного насыщения

и уменьшение стереотипных форм поведения облегчают усвоение новых социальных навыков общения. Это особенно заметно по изменению речевого поведения - у некоторых аутичных детей впервые появляются самостоятельные попытки обращения, более отчетливое и правильное построение фраз, некоторые дети начинают использовать более широкий словарный запас, выражая свои желания или несогласие с окружающими людьми.

Другую значительную часть детей с ТПЗ составляют дети с органическими нарушениями центральной нервной системы, общим психическим недоразвитием; большая часть из них является инвалидами с раннего возраста.

Наблюдавшиеся в этой группе изменения касались, главным образом, 3-го и 4-го параметров. Нередко даже в большей степени, чем дети с синдромом раннего детского аутизма, больные этой группы, в силу интеллектуальных, речевых, двигательных и поведенческих нарушений, оказываются изолированными в ограниченном пространстве квартиры, чрезвычайно опекаемы родителями и лишены контактов со сверстниками. Поэтому особо значимым для них было постоянное пребывание среди здоровых детей, их оценка и реакции на ту или иную ситуацию или поведение, эмоциональная поддержка, готовность помочь больному ребенку. Именно этот фактор играет, на наш взгляд, определяющую роль в изменениях - дети надолго запоминают события, людей, многие ситуации из жизни лагеря, охотно и часто возвращаются к фотографиям, видеозаписям, хотят снова увидеть того или другого знакомого человека. Появляются воспоминания, они актуально проживаются, в зависимости от интеллектуальных и речевых особенностей ребенка - проговариваются, комментируются, то есть происходит активизация мнестических процессов.

Большая часть детей этой группы принимает участие в бытовой жизни своего домика и лагеря в целом, в сопровождении взрослых и сверстников участвуют в лодочных и пеших походах. Закономерность, последовательность, взаимозависимость многих явлений и действий получают наглядное и реальное обоснование и подтверждение (“надо сделать то-то для того, чтобы . . .”, “после того, как . . .” и т.д.). Многим детям с проблемами в развитии именно это помогает

устанавливать новые и более глубокие причинно-следственные связи, ориентироваться во временных представлениях, формировать некоторые новые суждения и понятия. Особо следует подчеркнуть роль сенсорной стимуляции в активизации психической деятельности этих детей. Возможность пробовать новые виды движений (лазание, ползание, балансирование - а это обычные походные ситуации), испытывать разнообразные тактильные, слуховые и зрительные ощущения, находиться под воздействием меняющихся погодных условий оказывается очень важным для развития и совершенствования процессов сенсорной интеграции, изначально нарушенных у детей с тяжелыми органическими нарушениями центральной нервной системы. Дифференцирование процессов восприятия, расширение объема самостоятельных движений, совместное планирование деятельности, осознание своего участия в нем повышают адаптационные возможности больного ребенка, способствуют появлению нового социального и личного опыта, а активизация эмоционального и речевого общения помогают попыткам выразить и сообщить этот опыт.

В заключение следует отметить, что любая аналитическая работа, связанная с описанием и оценкой деятельности интеграционного лагеря “Онега”, должна проводиться при активном участии всех участников реабилитационного процесса – родителей, волонтеров, социальных работников, врачей, психологов и самих детей.

Телесно-ориентированная психотерапия с аутичными детьми

Телесный уровень развивается первым и нарушения, формирующиеся на нем приводят к искаженному развитию последующих уровней. Поэтому задачами телесно-ориентированной психотерапии являются: работа с мышечными блоками (мышечным панцирем или мышцами групп), работа с проблемными паттернами дыхания и работа с принятием своих эмоций, переживаний и потребностей. Условно патологическое развитие личности происходит путем накладки двух видов внешних воздействий – запрета на достижение желаемого и принуждения к совершению нежелаемого.

Для гармоничного развития и нормального существования любой человек должен овладеть четырьмя базовыми личностными умениями:

- умение быть в контакте с собственными потребностями и окружающим миром;
- умение выстаивать границы между собой и окружающим миром во всех его проявлениях;
- умение произвольно организовывать свою деятельность;
- умение извлекать полноценный опыт из собственных действий и обстоятельств.

Модель развития личности в телесно-ориентированной психотерапии можно рассмотреть четырьмя этапами: процессуальности, выстраивания границ, произвольности и осмысления. На всех этапах можно увидеть два внешних воздействия, которые приводят к нарушению гармоничного развития личности ребенка – запрет и долг.

Этап процессуальности. Этот этап развития телесности ребенка, начинающийся с рождения и заканчивающийся примерно в возрасте трех лет. Главным содержанием данного этапа является контакт со своим внутренним состоянием и своими потребностями без возможности соотносить с собственной активностью и что бы то ни было сделать для их удовлетворения, т.е. удовлетворение потребности происходит не путем достижения результата, а от самого действия. Осваиваемое базовое умение на этом этапе заключается в

том, что ребенок начинает учиться понимать свои потребности (чего он хочет). Ребенок осваивает умение принимать процессы, происходящие во внутренней жизни и в окружающем его мире. На этой стадии происходит освоение самой возможности проявлять свою активность. Нарушение нормального развития ребенка на этом этапе, и соответственно, нормальное усвоение им умения принимать окружающий мир возникает при механизмах запретного долгового нарушения. На данном этапе запрет накладывается на проявления собственных желаний и потребностей, а также активности и инициативы (ребенку можно физически воспрепятствовать в совершении кого-либо действия или, точнее, в проявлении какой-нибудь активности; данный этап в жизни ребенка является бессловесным). Таким образом, данный вид внешнего воздействия запечатлевается у ребенка в форме: «нельзя хотеть, нельзя получить, нельзя получить». А вследствие этого запрет воспринимается как естественное условие окружающего мира, который преодолевать желания не возникает. Когда у ребенка нет потребности, а родители считают что ребенок уже должен это делать, формируется долговое нарушение. Любое настойчивое желание взрослых, навязывание каких-либо потребностей ребенку приводит к тому что у ребенка формируется конструкция: необходимости хотеть и мочь.

Этап выстраивания границ. Данный этап раннего развития начинается примерно в двухлетнем возрасте и продолжается примерно до пяти-шести лет. На данном этапе ребенок усваивает умение осознавать критерий, по которому производит различие или разделение каких-либо сущностей. Таким образом, осваиваемым базовым умением является принцип разделения сущностей, соотнесение собственных потребностей с внешними условиями. Нарушения на данном этапе происходит так же, как и на этапе процессуальности: запретом и долговым нарушением. Запрет накладывается на любое проявление, будь то действие, желание или эмоция, со стороны ребенка родителя, которое не соответствует желанием последних. Смыслом данного запрета является: «нельзя хотеть, думать, чувствовать и вести себя не так, как хотят, думают, чувствуют и ведут себя родители».

Этап произвольности. На данном этапе развития ребенка протекает примерно от четырех до девяти лет. Осваиваемое базовое умение - способность к осознанному формированию задачи. На этом этапе ребенок научается контролировать себя, свои эмоции. Контроль на данном этапе является критерием различия, когда человеку требуется следовать собственным желаниям, а когда необходимо ограничить этот процесс. Основное содержание данного этапа - соотнесение собственных действий с собственными желаниями. Приобретается базовое личностное умение этого этапа, умение самостоятельно, осознанно и обосновано отказываться от совершения каких-либо действий и принуждения себя к выполнению их. На данном этапе развития запрет и долговое нарушение приводят к нарушению способности быстро и пластично реагировать на изменения внешних условий и своих потребностей, отсутствию проявления инициативы, снижением мотивации к различным видам деятельности. Телесные паттерны при запрете – это напряженность, неуверенность, настороженность в движениях и позах, втягивание головы, избегание зрительного контакта., а при долговом нарушении - порывистые движения, активная жестикуляция и подвижность.

Механизмы запретного и долгового нарушения ведут как к ослаблению способности к достижению цели, так и к нарушению самоконтроля.

Аутизм – состояние, обусловленное неспособностью противостоять и адаптироваться к стрессовым факторам, проявляющиеся в состоянии хронического нервно-психического и психоэмоционального напряжения. Напряжение существует на телесном, эмоциональном и когнитивном уровнях.

Сверхчувствительность аутичных детей и нарушение первого этапа развития «процессуальности», приводит к нарушению возможности реализовать свои желания и потребности на телесном уровне. Вследствие того, что на телесном уровне ребенок не может отреагировать на стресс (стрессом является любой механизм нарушения развития личности), у него возникает неправильное распределение энергии и несбалансированность механизмов движения. Для того чтобы сдержать движение, направленное на удовлетворение потребности, тратится гораздо больше энергии. Из-за невозможности удо-

влетворения своей потребности, тело сопротивляется любым проявлениям активности. Таким образом в реагировании участвует не все тело сразу, а определенные группы мышц, которые находятся в состоянии чрезмерного напряжения. Любое телесное напряжение можно рассмотреть на 3-х уровнях:

- поверхностное – усталость та, которую видим в себе, других людях, эмоциональная перегрузка;

- защитное – усталость как реакция человека на дискомфорт, стресс.

- психосоматическое – усталость как энергетическая деструктивно образующая функция личности.

В рамках телесно-ориентированного подхода в работе с родителями аутичных детей можно выделить следующие особенности их собственного телесного восприятия: низкое восприятие телесных ощущений; слабая дифференциация напряжения – расслабления и частичное отсутствие фиксации на колебания телесных изменений. Родителям свойственно поверхностное и защитное напряжение, в то время как аутичным детям свойственно защитное и психосоматическое. При использовании таких техник как сжатие и растяжка, родители выбирают растяжку, как более приятную, в то время как сжатие кажется более дискомфортным. Несмотря на то, что растяжение ассоциируется со свободой, раскованностью, легкостью, привычным состоянием их телесного уровня является сжатие. Часто слабая фиксация на новых телесных ощущениях и телесная ригидность приводят к возвращению на более привычный уровень телесного реагирования и напряжению.

В результате занятий телесно-ориентированной терапией родители получают новый паттерн телесного реагирования, научаются дифференцировать свое телесное состояние, лучше чувствовать телесный уровень своих детей и овладевают навыками релаксации. Поэтому представляется целесообразным включение в комплекс коррекционных мероприятий различных телесно-ориентированных техник.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Тхостов А. Ш. Психология телесности. М, 2002.
2. Газарова Е.В. Психология телесности, М, 2002.

Фадеева М.Е.
Записки дефектолога

Maudsley в середине прошлого века первым обратил серьезное внимание на тяжелые психические расстройства раннего возраста, сопровождавшиеся задержкой и искажением процессов развития.

Коррекционная работа с детьми, у которых нарушена эмоциональная связь с окружающим миром, – особый раздел дефектологической науки. Эта область коррекционной педагогики и психологии на сегодняшний день еще недостаточно исследована, активные научные поиски продолжаются. И на практике родители ребенка с диагнозом «аутизм» оказываются перед большой проблемой: как организовать помощь ребенку?

Мы остановимся подробнее на работе дефектолога.

Многие родители находятся в заблуждении, что дефектолог и логопед – одно и то же лицо. Однако это не соответствует действительности. Основная цель работы логопеда – устранение речевых нарушений, в то время как коррекционная работа педагога-дефектолога направлена на преодоление нежелательных реакций ребенка, предупреждение вспышек агрессии, на формирование адекватного поведения. Задача педагога-дефектолога – предупредить нарастание негативизма, постепенно преодолевать коммуникативный барьер.

На первых этапах психокоррекционной работы с аутичными детьми наиболее эффективны индивидуальные занятия, которые позволяют установить партнерские отношения между ребенком и специалистом. Изначально рекомендуется не ставить никаких других целей кроме приучения ребенка к новому месту и незнакомому ему взрослому [2, 3].

В дальнейшем педагог-дефектолог может вносить изменения в поведение аутиста, исключая сильное давление на ребенка, дабы не вызвать ответную агрессию. Все, что происходит на занятии, сопровождается эмоциональным комментарием, в ходе которого дефектолог проговаривает все действия и ситуации, представляя их в положительном свете. Со своей стороны аутичный ребенок часто сам предлагает ту форму взаимодействия, которая в данный момент для него наиболее комфортна.

Помимо учета индивидуальных особенностей ребенка с нарушениями общения дефектологу необходим постоянный творческий педагогический поиск, т.к. привычные методы коррекции с аутичными детьми часто не срабатывают. При этом дефектолог использует

в своей работе некоторые приемы логопедии в адаптированном варианте, а также сурдопедагогики (использование жестов, картинок-пиктограмм), поскольку у большинства аутичных детей наличествуют речевые нарушения.

Наибольшую трудность и интерес вызывает работа с детьми, которые посещают занятия по принципу «марафона» – несколько терапевтических сессий в день с разными специалистами в течение 1-2 недель. При этом на дефектологические занятия приходится всего 1-2 часа. Возникают личностные трудности, связанные с желанием сделать максимум за столь короткий срок. Первое занятие (особенно, если оно длится всего 30 минут), уходит на обследование дефектологом ребенка, а ребенком взрослого, комнаты и новой ситуации. Поведение аутичного ребенка во время занятия может быть разным, в том числе беспокойным и агрессивным. Задача специалиста – сохранить спокойствие самому и помочь ребенку справиться с внутренним дискомфортом. Универсальных методов нет – можно отвлечь ребенка, вместе послушать музыку, просто понаблюдать за ребенком и т.д.

Здесь необходимо подчеркнуть, что, в зависимости от возраста и психологического настроения ребенка, дефектологические занятия и обучение проходят в форме игры. Такая форма взаимодействия не только способствует лучшему усвоению тех или иных умений и навыков, но и стирает тот негативный барьер, который может возникать между учителем и учеником.

Рассмотрим примеры.

Мальчик П., 10 лет. Мама считает, что все хорошо, но есть проблемы с правильностью речи. И нужно позаниматься с сыном – «поговорить». Да, проблемы с грамматическим строем языка присутствуют. Но не потому, что ребенок не может, а потому, что он просто не хочет правильно говорить. Для него эти занятия – скучная, ненужная «обязаловка», и, чтобы позлить дефектолога, мальчик начинает «страдать эхολалией». Но как только ребенок понимает, что занятия могут быть веселыми и интересными, а не скучными уроками за партой, появляются результаты обучения: голос становится интонационно окрашенным, даются более развернутые ответы на вопросы (без эхολалии), не говоря уж о развитии словарного запаса ребенка.

Бывают и «трудные случаи».

Мальчик В., 8 лет. До начала занятий с дефектологом не мог сфокусировать взгляд на руке с карандашом, его не интересовало то, что происходило на листе бумаги. Мама очень переживала по этому поводу, т.к. ребенок должен был скоро пойти в 1-й класс. При этом мама считала, что проблема в нежелании ребенка что-либо сделать. Чтобы помочь ребенку, маме было предложено ходить параллельно на занятия в родительскую группу. Через какое-то время мальчик стал стремительно прогрессировать: он не только фокусировал взгляд на карандаше, и с каждым занятием продолжительность фиксации взгляда увеличивалась, но и проявлял явный интерес к результату своей деятельности. Однако, очень скоро и мама, и мальчик исчезли из фонда, видимо, посчитав, что дело сделано.

Мальчик Т., 12 лет, с тяжелыми осложнениями. Помимо таких сопутствующих диагнозов, как ДЦП, присутствует косоглазие. Еще больше усложняет работу упрямый характер ребенка. Психокоррекционный процесс в первую очередь направлен на развитие мелкой моторики пальцев рук и соотношения «взгляд-рука». За длительный промежуток времени достигнуты определенные успехи, но, вследствие перерыва в занятиях, все результаты утеряны, и работа вновь идет сначала, все как в первый раз. Облегчает работу то, что некоторые навыки кажутся ребенку явно знакомыми, поэтому некоторые задания не вызывают у него столь явного недоумения, трудности возникают только в физическом плане.

В заключение отметим, что чем раньше начинается коррекционная работа с аутичным ребенком, включающая в себя обогащение стереотипов ребенка, их изменение, превращение в систему связей с окружающим миром, тем более прочно закрепляется результат такой работы, а ребенок научается обслуживать себя, выполнять несложные поручения, адаптируется к окружающему миру.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития. М., 2001.
2. Карвасарская И.Б. В стороне. Из опыта работы с аутичными детьми. М., 2003.

3. Ковалец И.В. Социальная адаптация детей с ранним аутизмом. // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития, № 4, 2003.
4. Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма: Нач. проявления. М., 1991.
5. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М., 2000.
6. Янушко Е.А. Использование сенсорных игр для установления эмоционального контакта с аутичным ребенком // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития, №6, 2003.

Посысаева Ю.В.
Работа с аутичными детьми. Начало пути

Шесть лет назад я окончила институт психоанализа. Пока я училась, мне было интересно направление практической работы с детьми. И вот уже почти три года, как я начала работать в фонде «Отцы и дети» с самыми что ни на есть «сложными» детьми – аутистами.

Безусловно, практика и теория являются оборотными сторонами одной медали. Когда-то я слышала, что когда начинаешь заниматься практикой, следует «забыть» обо всем, чему учили в институтах, книгах и пр. Думаю, в этом есть смысл. Конечно, не стоит пренебрегать теоретическими знаниями, рекомендациями, советами, но с аутичными детьми, кажется, нельзя иначе, кроме как окунуться с головой в этот процесс. Один раз, в самом начале моей работы, я попала на семинар по аутизму, организованный психологами фонда. Мне показалось, что матери детей-аутистов гораздо более «подкованы» в вопросах аутизма, чем психологи или специалисты, пришедшие на семинар ради интереса или в профессиональных целях. К сожалению, в современных специализированных ВУЗах очень мало читают лекций по аутизму. В литературе множество различных теорий, трактовок, обоснования причин. В принципе, можно принять за основу любую из предложенных теорий – для терапевта важным остается не столько это, сколько возможность увидеть, почувствовать, понять мир ребенка, видящего мир в иной плоскости. Лично для меня оказалось именно так – сложнее всего оказаться с ребенком в той самой «другой плоскости» - ведь для этого нужно попытаться увидеть мир его глазами. Увидеть по-настоящему – нереально, но можно попытаться представить, как, например, вообразить, что ты побывал на Марсе. Важнее смотреть, чувствовать, наблюдать и каждую секунду присутствовать.

Есть несколько вещей, которые начинаешь понимать, только начав заниматься практикой работы с аутистами. Это кажется достаточно элементарным, стоит лишь заглянуть в любое литературное пособие, однако, взгляд изнутри – другой взгляд. Во-первых, проблема аутизма, безусловно, семейная. Неважно, что являлось первопричиной – семья ли влияет на аутичного ребенка, или аутизм так влияет на семью. Важно понимать, что не ребенок аутичен сам по себе, а аутична вся семья. И только те дети, чьи родители начинают это осознавать, делают поразительные успехи. Во-вторых, терапия – длительный процесс. Длительный и сложный – не только для ребенка, но не менее тяжелый и для родителей. Очень долго может не быть изменений вообще, по-

том скачок вверх, потом падение вниз. Главное – не терять сил и веры, любые изменения положительны. Порой кажется, что все усилия бесполезны, но, в действительности, любое еле заметное изменение в аутичном ребенке уже говорит о многом. Здесь мне хотелось бы привести пример – впечатление от занятий с 6-летним ребенком.

Саше 6 лет. Он не говорит ни слова. Не смотрит в глаза. Родители привели его в центр полгода назад. Тогда он не проявлял вообще никакого интереса к окружающим его людям, в руке у него был носок, с которым он не расставался, крутил его перед глазами. Сейчас Саша ведет себя на занятиях иначе: улыбается, закрывает глаза руками, как будто стесняется. Через некоторое время после начала занятия он перестает закрывать глаза. Раньше он не проявлял на занятиях никакой инициативы: мог подолгу лежать в бассейне с шариками с отрешенным видом или сидеть с выставленными перед глазами руками, трогая свои ресницы. Казалось, если его не выдергивать из этого состояния, он сможет так просидеть часами... Сейчас он бежит первым делом к игрушечной трубе, в которую можно забираться и крутиться. Это совместная игра – он играет в нее со мной. Тоже стереотип, но здесь он включен в игру, и это уже игра на двоих. Он любит прыгать с лестницы в бассейн с шариками. Бассейн от прыжков отодвигается, прыгать неудобно. Саша знает, что нужно пододвинуть бассейн, чтобы в следующий раз в него прыгнуть. У него не получается самостоятельно – слишком тяжело. Я ему помогаю, но очень одобряю за инициативу. Ему страшно прыгать одному, важно, чтобы его держали за руку. Я помогаю ему первый, второй раз, но на третий говорю: «Саша, если ты хочешь, чтобы я тебе помогла прыгнуть в бассейн – нужно попросить: «Помоги мне прыгнуть в бассейн». Он не может сказать, а стоит и ждет, что я подойду. Я повторяю, не строго, но настойчиво. Он начинает голосом подзывать меня, топает ногами, я упрямо повторяю, что нужно говорить словами. Конечно, я помогаю ему прыгнуть. Но с каждым разом я более и более неохотно соглашаюсь делать это без слов. Саше сложно удерживать внимание. При любой неудаче он бросает занятие, предпочитает играть с тем, что более понятно и легко. С ним нужно быть очень упрямой, очень настойчивой, тогда только есть возможность какого-то продвижения. Вот так – маленькими шагами, почти совсем незаметными, можно двигаться вперед.

Следующее, что хочется отметить – это разносторонность теоретических подходов, обоснования причин, методов диагностики и лечения. Сталкиваясь с проблемой аутизма, приходится исследовать этот вопрос со всех сторон. Однако, знать об аутизме – одно, а чувствовать

ребенка - другое. Мне кажется, большое количество информации, которое обрушивается на родителей ребенка (диагнозы невропатологов, специализированная литература, рекомендации психологов) затрудняет возможность просто увидеть ребенка, заглянуть в его внутренний мир. Кроме того, часто эта информация может быть достаточно противоречивой, но аутизм сам по себе противоречив – можно лишь осознать, принять, понять. Видеть – значит чувствовать и находиться с ним вместе. И неважно, чем вы занимаетесь в этот момент. Это и есть самое сложное. Если хорошо вам, то и ребенку хорошо в этом мире с вами. Дети развиваются не оттого, что их кто-то учит, а оттого, что развитие – основа нашей жизни. И чтобы в этом мире существовать, нужно, для начала, хотя бы захотеть. Представьте, что вы хотите научиться чему-то новому, совсем неизвестному для вас. Когда становится очень сложно, порой, хочется бросить эту затею, но если вы достаточно сильны и упорны, и очень хотите, то, в конце концов, научитесь. Аутичному ребенку в десять раз труднее, чем любому другому человеку, он слишком слаб. Родители и терапевты – как раз те самые «сильные», которые могут помочь аутичному ребенку не бросить все на полпути, дать ему возможность научиться самому. С другой стороны, для того, чтобы иметь возможность учиться самостоятельно, нужно быть свободным. Опять противоречие – как совместить постоянную необходимость заботиться и ухаживать за ребенком и давать ему свободу? Может немного снизить контроль? На психологических занятиях в фонде детям предлагается возможность действовать самостоятельно – пусть в рамках игрового зала и ограниченного времени – но все же психолог идет от желания ребенка. Дать возможность выбирать в безопасных условиях – это шанс начать выбирать самому. Аутичный ребенок, окруженный ореолом довлеющего представления как «нехотящего и нежелающего», на занятиях может проявлять активность и эмоциональность, даже если изначально выбор падает на стереотипную деятельность. Постепенно, смещая внимание с одного стереотипа на другой, ребенок учится выбирать и увеличивать вариативность своего поведения.

Каждый раз, занимаясь с детьми, я начинаю видеть что-то новое – это путь из аутизма – видеть, слышать, чувствовать новое, воображать, создавать. Думаю, аутичные дети мало чем отличаются от обычных – просто им все гораздо сложнее, возможно, в десятки раз. Путь терапии – такой же сложный и тернистый – только любой лабиринт имеет свой выход, аутичный ребенок просто не может справиться один.

Беркович М.
О том, чего я не знаю

«Если записать то, чего вы не знаете,
получится целая библиотека.»

Гарри Поттер

1. Прийти

Денег не платят, но это очень интересно и полезно – главное, что любой новый человек, ищущий лазейку, кажется, важен для этих детей... В общем, возможность научиться новому, при этом кому-то помочь, ну хоть чуть-чуть.

В начале марта 2004 года мне позвонил один знакомый и говорит: «Не хочешь посмотреть на детей-аутистов?» «А зачем?», – спрашиваю. «Ну, как... Узнаешь, кто такие аутисты, и как выглядят те, кто с ними работает.» И показал мне объявление: «требуются: психолог, врач, логопед, педагог, работники творческих специальностей /возможно студенты/ для работы с аутичными детьми. Условия:

Волонтерская работа сроком до двух месяцев. В дальнейшем возможно трудоустройство. Летом выезд в интегративный лагерь на берегу Онежского озера.

Контактное лицо: Ирина Борисовна»

Я тогда училась на втором курсе дефектологического факультета. Работать с детьми мне почти не приходилось, и я испытывала потребность в любой практике: смогу ли я работать по специальности? Может быть, я ошиблась в выборе? Нужно поскорее это выяснить, пока не поздно убежать.

И вот как раз предоставляется такая возможность. Надо воспользоваться. В конце концов, почему бы не аутисты?

Я позвонила Ирине Борисовне. «Здравствуйте. Я учусь на втором курсе факультета коррекционной педагогики. Видела ваше объявление. Можно мне прийти?»

- Приходите.

Я пришла.

2. Начать

Все зависит от того, зачем вы сюда пришли.

(психолог)

Нельзя сказать, что я к тому времени совсем ничего не знала об аутизме. Время от времени о таких детях упоминали в лекциях. В детстве я любила читать американские «книжки для родителей» – по семейной психологии, и автор-психолог нет-нет, да затрагивал тему аутизма. Но все это было случайно и вскользь. Иными словами, я слышала звон, но не знала, где он. Аутисты, как я их себе представляла, должны сидеть в углу спиной ко всем и каменно молчать. И больше ничего.

«Ну ладно, – думала я, – на месте все объяснят». Но вместо того, чтобы объяснять, меня отправили смотреть занятие.

Это занятие было как сон.

Я вошла в игровой зал следом за психологом и села на стул, стоящий в углу. Оттуда было хорошо видно и слышно все, что происходило в комнате.

Первое, что меня поразило – тишина. В комнате нас было пятеро: трое детей лет пяти-семи, психолог и я. И при этом было очень тихо. Дети двигались по залу и что-то делали, но я не понимала, что. На мой тогдашний взгляд, в их действиях не было никакого смысла: они бесцельно бродили по комнате, брали какие-то игрушки, крутили в руках, бросали. Садились на качели и неподвижно сидели, не пробуя качаться. Подходили ко мне, но, казалось, не замечали. Время от времени они произносили какие-то слова (или слоги? или звуки?), которых я тоже не понимала. «Как на космическом корабле», – подумала я.

А действия психолога вообще были для меня полной загадкой. Что конкретно входит в его обязанности? Почему психолог подолгу наблюдает за тем, как ребенок вращает перед глазами красную телефонную трубку, но не вмешивается? А сейчас почему вмешался? По какому плану или программе он работает? Какова цель занятия? Задачи? Нам в нашем педагогическом без конца внушают, что у всего есть четкая цель, задачи и план. Здесь этого не вижу.

Единственное, что я поняла: и психолог, и дети находятся в неизвестном мне мире. Этот мир существует по своим правилам; в нем

действуют, чем в привычном мире, закономерности, другая логика. Я вижу только внешнюю сторону процесса. Суть от меня спрятана, поэтому я ничего не понимаю. Все происходящее в комнате кажется мне нелогичным – как пришельцу с другой планеты.

Как только я почувствовала себя пришельцем, сразу стало неудобно. Что я здесь делаю?

И чтобы хоть как-то оправдать свое пребывание в комнате, я подошла к качелям, на которых сидел ребенок, и стала их качать.

3. Делать

- Мне казалось, что наша задача – заставить их сделать что-то конкретное. Например, сложить башню из кубиков.

- Конечно, нам так легче. (диалог с психологом)

- Твоя ошибка в том, что это не ребенок, делает, а ты. Ты делаешь им. (психолог)

Когда я начала качать ребенка на качелях, я сразу почувствовала себя увереннее.

Мое место в процессе определено. Я делаю. Я ведь пришла сюда, для того, чтобы что-то делать, разве нет?

Это придало мне уверенности, и на следующих занятиях, я только и делала, что делала.

Если мне удавалось покатать ребенка на качелях, дать ему в руки куклу или его руками сложить пирамидку, я считала, что оправдала свое присутствие в игровом зале. А если я просто стояла в стороне и наблюдала, время потрачено зря. И все это усугублялось страхом сделать что-то неправильно. Но когда я ничего не делала, страх усиливался в несколько раз.

Конечно, делать мне было проще, чем чувствовать. Я не пыталась понять ребенка, а заставляла его. Как для аутиста первой группы человек может служить каруселью и подставкой для лазанья, так для меня аутичный ребенок был инструментом действия.

Негативизм этого ребенка (который не мог не усилиться в процессе такого взаимодействия) и его сопротивление были мне только на руку: от борьбы я уставала. Усталость доказывает, что ты что-то делал.

Таким образом, у меня совсем не осталось времени наблюдать, приглядываться и анализировать. Время проходило в лихорадочном поиске «дел» и в страхе ошибиться.

Представьте себе человека, который попал на другую планету и сразу оказался в оживленном месте. Он видит тамошних жителей, которые выполняют непонятную для него работу и говорят на неизвестном языке.

Существует две тактики: первая – выжидательная. Не стараться включиться в незнакомую деятельность, пока не поймешь ее смысла. Зато когда поймешь, включишься в работу на полноценном уровне.

Вторая – искать более-менее простую и понятную операцию и сразу же начать ее выполнять, не вникая в цель и суть работы.

Для первой тактики мне не хватало ни терпения, ни уверенности.

4. Не делать

Мы с ребенком сидим и ничего не делаем. Думаете, это просто? (одна мама)

И чем дольше я «делала», тем меньше эта «деятельность» меня удовлетворяла. Я начала понимать, что прохожу мимо главного, а моя работа почти механична. Теперь, даже если я находила себе «дело», страх не проходил. Я чувствовала, что ошибаюсь. До сих пор я скользила по поверхности, теперь – потянуло вглубь. Но я боялась идти вглубь, потому что боялась ошибок и знала, что чем глубже опускаешься, тем больше неразрешимых задач. Оставаться на поверхности было еще тяжелее.

Тот уровень взаимодействия с детьми, который я уже освоила, перестал меня устраивать, а строить взаимодействие на другом уровне я еще не умела. Оказавшись в середине такого большого противоречия, я сделала все, что могла: впала в ступор.

Я входила в игровую комнату и по привычке начинала использовать проверенное средство против дискомфорта: «деятельность». Например, начинала качать ребенка на качелях. Дискомфорт усиливался. Я бросала одно «дело» и шла искать другое. В конце концов мое поведение на занятии превращалось в «полевое».

Тогда я не замечала разницы между моим бездействием и кажущимся бездействием психолога.

«При достаточном осознании и опыте работы можно говорить о создании такого терапевтического альянса, когда появляется бытие с клиентом. Состояние бытия связано с созданием кажущейся неактивности. Если терапевт активен, то он ведет ребенка за собой, не давая ему свободы, но это должно, как минимум, совпадать с его готовностью следовать.» (И. Карвасарская)

До готовности к созданию «такого терапевтического альянса, когда...» мне было очень далеко. Мое бездействие было другой крайностью – в противоположность периоду «действий».

5. Видеть и слышать

Одна нога здесь, другая – там.

Как было сказано выше, я оказалась в безвыходном положении. А чем положение безвыходнее, тем ближе оно к разрешению. Сама не замечая, я начала переходить на следующий уровень под названием «видеть и слышать».

Чтобы увидеть и услышать жителей «другого мира», какими были для меня аутичные дети, мне пришлось войти в этот «другой мир» и действовать на свой страх и риск. О страхе и риске я говорю потому, что выход из привычной обжитой среды и попадание в чужую и незнакомую почти для любого – стресс.

Мне предстояло сделать важнейший шаг: попробовать заговорить с аутичными детьми на их языке.

Для этого нужно было только одно: смотреть, слушать, запоминать и подражать. Подражать их стереотипным движениям, странным вокализациям, ходить за ними по комнате, копировать выражение лица, играть в их непонятные игры. Следовать за ними.

Побыть ведомым.

Такое взаимодействие тоже сложно назвать полноценным, но на тот момент это было для меня важно. Мне хотелось заглянуть в мир ребенка-аутиста, самой ощутить себя ребенком-аутистом. Не то, что просто хотелось – это было необходимо. Общение «на моей волне» не получалось. Значит, нужно настроить себя на другую волну.

Так я увидела неизвестный мир со всей его красотой и страхом. Поняла, как можно часами наблюдать за бликами света на боках кубиков. Узнала, что такое панический страх перед хлопаньем двери.

Самое странное, что я знала это и раньше.

То есть ничего странного в этом нет.

Попасть в мир «другой стороны» (аутичного ребенка) – важное условие для установления продуктивного контакта. Важное, но недостаточное.

Чтобы общение стало действительно ценным и для меня, и для аутиста, я должна одновременно находиться в двух мирах – «аутичном» и «обычном». Если я буду только в «обычном» мире, то не смогу понять ребенка, и он откажется со мной взаимодействовать.

А если застряну в «аутичном» мире, то не смогу проводить клиента в «обычный» мир.

Отлично, я поняла, чего я хочу достичь. Вопрос – как?

6. Чувствовать и реагировать.

А вот это самое сложное. (психолог)

Кажется, я подошла к самому сложному.

Мне кажется, что работа с аутичными детьми – это искусство чувствовать и реагировать.

Очень тонко чувствовать и очень гибко реагировать. Причем чувствовать с опережением, иначе можно не успеть отреагировать.

Суть этого процесса – как я его понимаю – в том, чтобы улавливать и расшифровывать сигналы, которые посылает вам ребенок из своего «аутичного» мира и посылать в ответ сигналы из своего мира, «обычного». А форма сигнала может быть какая угодно, например, словесная. Или поведенческая. Любая. Это похоже на игру в настольный теннис, когда вы играете с новичком. Вы во что бы то ни стало пытаетесь отбить его подачи «в стенку» или слишком слабые, чтобы перелететь на вашу сторону. И отбить эти подачи вы стараетесь несильно, чтобы партнер, в свою очередь, смог их отбить.

Для того, чтобы игра состоялась, вам нужно: 1. достаточно хорошо играть в настольный теннис. 2. уметь войти в положение партнера, понять его трудности. 3. и хотеть играть, конечно.

Это возможно только если вы научились находиться в двух мирах одновременно, и еще немножко над.

Именно на этом уровне возможен «такой терапевтический альянс, когда возникает «бытие с клиентом» и «поле «мы»».

Мне особенно сложно писать про эту ступень взаимодействия, потому что я сама ее еще не достигла.

И.Карвасарская пишет, что поле «мы» должно создаться при первичном контакте аутичного ребенка и психолога.

Чтобы научиться создавать это поле при первичном контакте, мне понадобится еще как минимум несколько лет контактов.

Но в любом случае, от безличного уровня «деятельности» я перехожу на высокий уровень «взаимодействия», когда одинаково важны все участники общения – и ребенок, и я, и окружающее нас пространство.

7. Меняться

А при чем тут я? (я)

Я начала работать с аутистами, преследуя совершенно четкую цель: «научиться новому и

при этом кому-то помочь». И уж конечно я была уверена, что этот «кто-то», кому надо помочь – кто угодно, только не я сама. Так мать аутичного ребенка говорит «помогайте моему сыну, а не мне», не догадываясь, что от ее психологического состояния напрямую зависит состояние сына.

Я пришла, чтобы помогать другим, а не решать свои проблемы. Трудности и проблемы проявлялись постепенно в течение этих двух лет:

– полевое поведение, использование людей в качестве «инструментов».

– страхи, стереотипные формы поведения, агрессия.

– неумение гибко реагировать на изменения среды.

Список можно продолжить.

Все описанное мной время я шла по тому же пути, по которому идет ребенок-аутист в процессе терапии – от полного неумения строить взаимодействие с клиентом к возникновению продуктивных форм контакта.

Что это значит?

Это значит, что процесс терапии не может быть односторонним.

Вы не можете помочь ребенку и при этом не помочь себе.

Это не значит, что психолог использует свою работу для решения личных проблем.

Я имела в виду то, что атмосфера, или, если угодно, поле, которое в равной степени создается и психологом, и клиентом, оказывает действие на обоих участников контакта.

Невозможно изменить ребенка, не меняясь.

Еще раз: я не хочу сказать, что вы должны измениться, чтобы помочь клиенту.

Я хочу сказать, что, помогая аутичному ребенку, вы изменитесь в любом случае, хотите вы того или нет.

Мои записи (или эссе) адресованы главным образом тем, кто только начинает работать с аутичными людьми. Возможно, вам предстоит пройти ту же дорогу. А может быть и нет – у каждого свой путь.

Платонов А.А. Первые шаги

Мое понимание аутизма

По сути тревожное расстройство. Отсюда поведение целесообразно и имеет позитивный смысл (чаще всего не осознается ребенком). Симптомы как способ совладать с напряжением, тревогой и страхами. Мир воспринимается как хаотичный, непонятный, неупорядоченный и поэтому угрожающий. Как следствие - уход в себя от опасного мира, депрессия, низкая самооценка. Стереотипное поведение – попытка внести в хаос нечто упорядоченное, устойчивое и предсказуемое, способ адаптации.

Основные задачи (или что я делаю на занятиях):

- Установление и поддержание контакта, доверительных отношений и безопасной атмосферы.
- Поддержание ребенка в бодрствующем «включенном» состоянии (сенсорные, подвижные игры, создание помех, прерывание стереотипий и внесение разнообразия в деятельность ребенка).
- Снятие напряжения и тревоги, создание положительного эмоционального фона.
- Поддержка ребенка в стрессовых ситуациях, в т.ч. и создание легких контролируемых стрессовых ситуаций.
- Привнесение осмысленности в то, что происходит с ребенком и вокруг него (речевое сопровождение и комментирование, объяснение).
- Расширение сферы компетентности и самостоятельности ребенка и, как следствие, повышение уверенности в себе.

Основные проблемы

- Какую и когда выбрать интервенцию? Что считать интервенцией? Проблема фиксации на мысли, что нужно все время что-то делать.
- Соотношение моей инициативы и активности ребенка. Когда и в какой степени уместна (и уместна ли вообще) моя настойчивость и давление на ребенка? Например, при вовлечении его в какие-либо игры или вмешательстве в стереотипное поведение.

- Проблема ограничений. Как грамотно вводить ограничения на определенное поведение (связанное с сексуальностью и физической агрессией), чтобы ребенок не чувствовал себя отвергнутым и непонятым. Как и в чем «принимать ребенка таким, какой он есть»?

- Проблема отслеживания динамики. Что такое результат в терапии, как он выражается? Можно ли считать ведение терапии правильным и качественным, если не наблюдаются ощутимые подвижки? Разделение ответственности между родителями и терапевтом (и ребенком?).

- Проблема фокуса внимания. Важно отслеживать не только состояние ребенка, но и свои собственные переживания и реакции и то, как они сказываются на ребенке. Забывая про свои состояния и реакции, многое в поведении ребенка начинает казаться неожиданным и непонятным.

Динамика рисунка «Несуществующее животное» у детей с синдромом Аспергера в процессе терапии

КРАТКОСРОЧНАЯ ТЕРАПИЯ



Рисунок 1

А., 9 лет. Начало марафона (18 марта).

Живет в джунглях. Живут семьями. Логово под землей, но, в основном, бегают на поверхности. Выскакивают. Бывает, что ночью бегают, а днем спят. Бывает наоборот. Ночью охотятся, а днем просто бегают для развлечения. Еще для развлечения лазают по деревьям. И бьют птичьи яйца головой. Обычно промахиваются и попадают на ветки, не задумываясь о том, что жалко птиц. Делают это не по злобе, а от глупости. И у них нет никакой возможности это понять. Иногда они при этом свертывают себе шею.

Для птиц только один выход – делать гнезда выше. Они бестолковые, как тролли. Какой-то дурак скрестил троллей, петухов и страусов. Хотел посмотреть, что получится. Некоторые говорят, что он и сам случайно себя смешал.

Их не так уж и много, потому что они в деревьях врезаются. У них глаза сбоку. Убивают друг друга. Тоже для развлечения. Или если поссорятся. У них мозг-то весь, как у тролля, а еще как у сумасшедшего, хотя никто не понимает, как он туда попал. Они привыкли

быть такими. Им не очень хорошо, что у них руки такие. Им трудно логово рыть.

Некоторые знают, что бывает другая жизнь. Они приходят к городам, но туда не заходят, а смотрят сбоку. Или грабят деревни, вернее, не грабят, а если на них напасть, они дают сдачи.

Они не понимают, что делают люди. Им кажется, что люди дурака валяют, разбрасывая зерна и роя грядки, не живя под землей и в корнях деревьев. Но был лесной пожар, они спаслись и решили взять пример с медведей. Стали рыть логова. Так можно спастись от пожара, замуравав вход. Они знают, что это такое. Для них понятно, зачем радость.

Им кажется, что это хорошо, как они живут. Они отказались бы жить по-другому. Они бы не поверили, что лучше жить возможно.

Их иногда держат дома как домашних зверей, но они иногда убегают. Очень мало осталось в клетках, и они почти исправились и смогли понять, для чего жизнь. Может быть, этот десяток и сможет убедить остальных, что хорошую половину тоже надо использовать.

Выбрало бы шапку-невидимку. Любят прикалываться тем, что они не видят. Для него все, что они не видят, не существует. Даже если он помнит, что он это видел, для него этого больше нету. Это у него такой ум, память у них довольно хорошая, и он может запомнить, где он это видел.

Хочет, чтобы у него всегда была пища; чтобы никому из его детей не приходилось копать логово; чтобы ни он, ни кто-то из его детей не попал в руки к людям.

Он не хочет научиться радоваться. Он считает, что это и есть та жизнь, которую можно называть хорошей. Чтобы перевоспитать, надо около него разговаривать о хорошей жизни, приносить к огороду, чтобы он смотрел, как копают грядки. Но иногда он только делает вид, что перевоспитался. Его выпустишь, а он опять за свое. Это все равно, что учить попугая разговаривать. Может быть, надо его в клетке приносить на всякие развлечения наши, на всякие площадки. Можно его стараться убеждать, можно его учить работать, чтобы он сам работал, а не только смотрел. Он умеет чувствовать хорошее, но чуть-чуть, очень мало. А надо, чтобы он чувствовал, и тогда он нау-

чится. Нужно, чтобы на празднике были такие же развлечения, как у них в клетке. И тогда можно уже выпускать на общую площадку.

Их еще стоит приручать. Чтобы приручить, надо сначала дрессировать. Иначе он ничего не поймет. Говорить ему, где что-нибудь, и чтобы на пути было несколько препятствий или поворотов. Он тогда научится бегать. Они устроены так, что когда их дрессируешь, то они постепенно начинают приручаться. Чтобы приручить без дрессировки, нужно обучать разным наукам, и они научатся понимать и приручатся. Оба способа очень долгие. Иногда бывает, что некоторые приручаются быстро, но если им сделать больно, то они сразу все забудут. Некоторых легко приручить, но трудно научить. И некоторые даже забывают как радоваться.

Только с маленькими так, что взял и поверил. С ним если раньше очень плохо обращались, а другой обращается хорошо. В одном случае из 5-7 получается, что он научился радоваться. Их очень мало приручается. И их очень мало. Количество прирученных то сильно увеличивается, то сильно уменьшается. Большинство сбегает, пока их пытаются приручить. А прирученные уже не сбегают. Их хотят приручать, но некому. Да и трудно очень. И быстро убегают. Когда их отпускают, большинство хочет пойти в школу (из ручных) и редко общается с родственниками. Бывает, что они их перевоспитывают, а бывает, что они его без дрессировки к их родственникам не отпускают. Чтобы научить родственников радоваться, надо приводить их в город. Показывать другую жизнь, они не могут поверить в то, что никогда не видели. Не могут поверить, что есть праздники. Мало кто из них видел людей. Стараются поймать тех, кто видел. Иначе они плохо понимают. Это все равно, что учиться математике, не зная цифр.

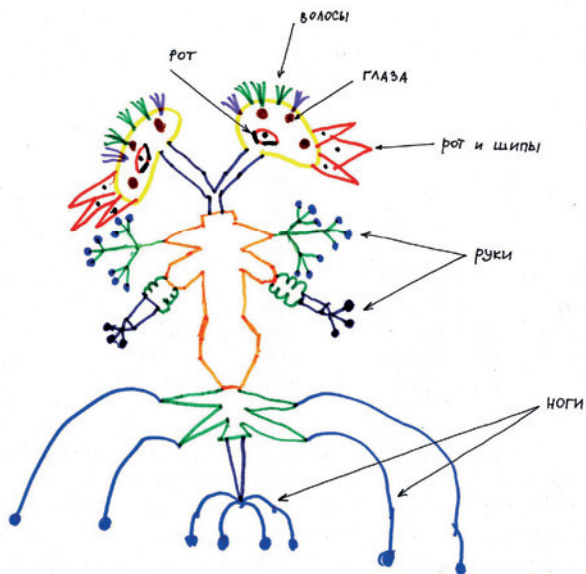


Рисунок 2

Конец марафона (26 марта).

Устойчиво, привыкло ходить. Живет в дуплах деревьев. Насекомое. Паукообразное. В мире их довольно много, но живут они по одиночке и друг друга уничтожают. Для размножения им не надо пары, они сами размножаются. И дети убегают сразу после рождения или попадают на обед, и их съедают. Как выжить, они знают уже при рождении. Нам повезло, что они друг друга убивают, потому что они не стареют. Они же могут начать уничтожать нас, раз они друг друга. Иначе получается, что они всюду, как мыши в Австралии, только мыши дружно работают, а эти друг друга убивают. Могут быть и травоядными только если долго не получается кого-нибудь поймать. Любят плавать. Правда, некоторые едят других, пока плавают. Плавание для них вредно, у них ноги разбухают и им становится удобно плавать, но неудобно ходить. Часто пробираются в дома и портят вещи: пробьют трубу, сломают огнетушитель, разобьют лампочку. В деревьях съедают потихоньку дома. И им смешно, как вещи ломаются. Особенно им нравятся пожары и костры. Они считают их интересными, поэтому часто зажигают спички, включают пожарную сирену.

Они не перевоспитываются. Их нужно выкидывать. Ловишь, кладешь в клетку, а ее в клетку побольше. И они друг друга съедят. Они не хотят стать нормальными. Это все равно, что научить мышей охранять твой дом. На ночь в клетке не оставить – он перегрызет прутья. Сначала надо сделать очень крепкую клетку. Потом, когда они привыкнут, то можно поменять на более легкую клетку с двойными стенками и посмотреть, что будет. Если снова будет грызть, вернуть в крепкую. И так привыкать могут несколько лет. Некоторым нужна тройная клетка.

Чтобы перевоспитать, нужно баловать. Когда побалуешь полгода, он, может, и будет тебя слушаться. Если его не баловать, он никогда не побежит, но и не приручится. Скорее не приручится, а станет дрессированным. Если его приручить, он начнет искать сахар. Ты его приручаешь, а он будет бегать за сладким. И опять получается дрессировка. Он будет слушаться не потому, что ручной, а из-за сладкого. Если в начале он убежал, то надо быстро его искать, а то он так набедокурит! Если его ругать, то он самоубьется. Он не хочет быть ручным!!!! Только если золотую рыбку поймать.

Дрессировка – делаешь за то, что что-нибудь дадут. А ручной – делаешь потому, что хочешь помочь. Например, актеры в цирке ручные, а звери дрессированные. Он считает, что когда он никому не помогает, то всем приятно, а когда он мешает и вредничает, то еще приятнее. Объяснить ему нельзя, он бы считал, что это враки, и сбежал бы. А если бы понял, то он бы сбежал, чтобы всем рассказать, и его бы убили. У него в голову больше, чем одна мысль, не помещается. И инстинкты заставляют бежать к другим. Как только он становится ручным, он становится мертвым, т.к. бежит к тем, кто его убивает.

Если ему не объяснять, то он не убежит, а найти другой способ приручения. Можно поймать сразу двух и их приручить друг к другу. А потом объяснить одному. Тогда он не умрет, т.к. побежит к знакомому другому, который его не съест. Приручить друг к другу можно только братьев или если они пойманы в одном и том же месте. Можно перевоспитывать группами. Посадить их в длинную клетку и того, который с краю, перевоспитать и приручить, а потом он передаст остальным. Так можно и десятерых перевоспитать. А если по-

ставить 100 клеток и в каждую положить приманку, то можно много поймать. Правда, нужен хороший приручитель. А то поймаешь много и не будешь знать, что с ними делать. Правда, можно отдать в Центр, где их умеют приручать.

ДОЛГОСРОЧНАЯ ТЕРАПИЯ

КОММЕНТАРИЙ К РИСУНКАМ

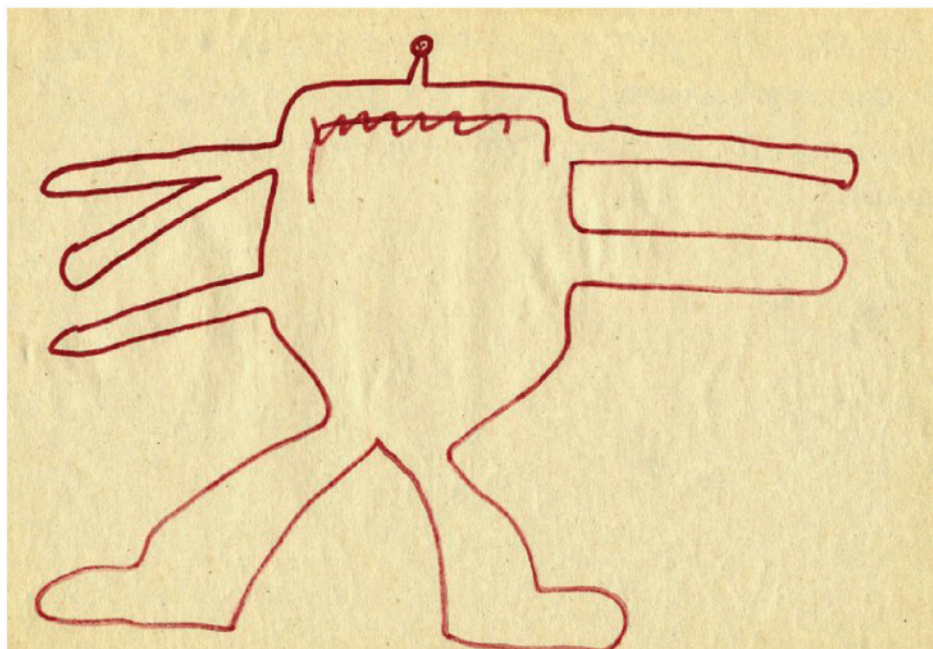


Рисунок 1

А., 14 лет, 25.01.2001.

Живет один на маленькой планете. У него нет имени. У него маленькая голова и большое тело, потому что ему не нужно много думать.



Рисунок 2

А., 15 лет., 05.12.2002.

Оно произошло от динозавров. Это случилось так: динозавры жили в Атлантиде спокойно и рождались у них нормальные дети. Потом вдруг люди их решили убить и сбросили на них атомную бомбу. Но всех динозавров люди не убили, а оставшиеся динозавры уничтожили этих людей. После атомного взрыва у них произошло заражение организма. Поначалу еще у них рождались нормальные дети, но с каждым поколением они становились все хуже и хуже. И вот, через миллион лет после атомного взрыва, стали рождаться такие страшные монстры.

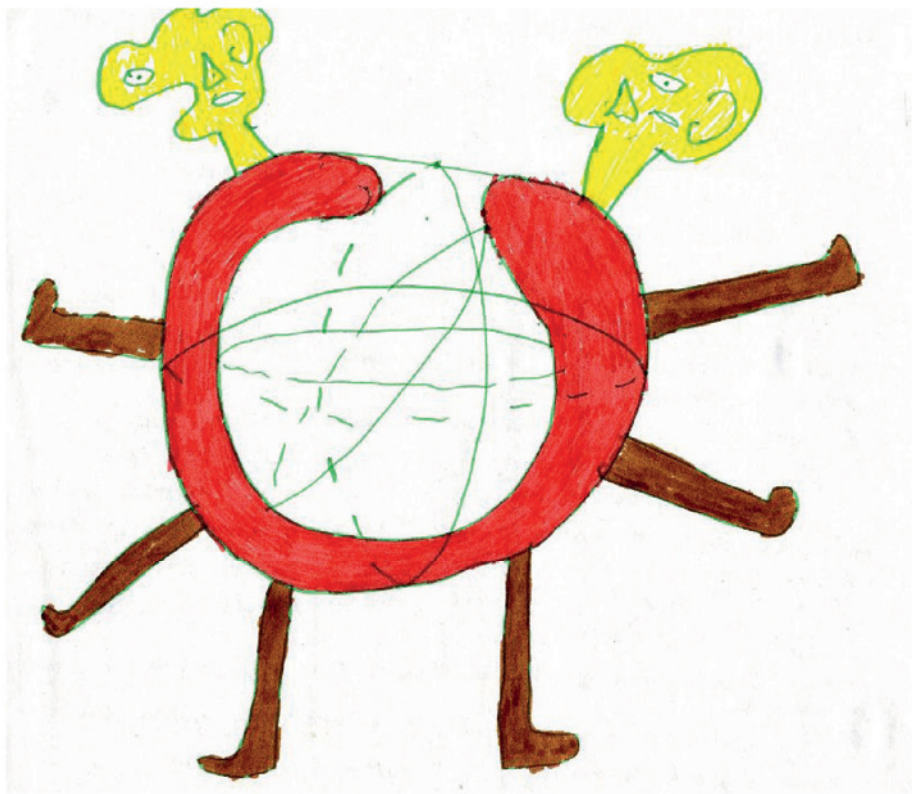


Рисунок 3

А., 16 лет., 23.04.2003.

Это животное произошло от змей. Это случилось так. На материке Лавразия жили нормальные змеи. А в одной семье змеи постоянно стали закручиваться в кольцо. В результате этого у них рождались дети. Которым уже гораздо легче стало это делать. Постепенно стали рождаться и такие змеи, которые могли находиться только в форме кольца, а выпрямиться они уже не могли.

В конце концов стали уже рождаться змеи в форме полого шара. Потом на месте, где когда-то был хвост, выросла вторая голова, и органы чувств распределились поровну по двум головам.

Они общаются между собой, по-разному крутя головами и ногами. По характеру они спокойные, любопытные, тихие.



Рисунок 4

А., 17 лет., 02.12.2004.

Он произошел из-за неудачного опыта. Люди пытались вывести новую породу. Произошли мутации.

Их много. Слегка напоминают человека. Живут каждый сам по себе. Размножаются из-за случайной встречи. Их много, и они встречаются довольно часто.

Дети какое-то время живут вместе с родителями. Потом расходятся, потому что надоедает, т.к. каждый хочет ходить сам по себе.

Они думают, что они сильнее всех. Они только так думают. Хотя это неправда. Те, на кого напали и кто выжил – умнеют. И думают, что в будущем надо ходить вместе с другими. Кто уже один раз пострадал. Но они друг другу не верят. Пока не пострадает, не поверит на слово. Это надо объединиться. Никому не верят, только себе. Они хотят доказать, что они самые сильные. На самом деле им нужно научиться ходить вместе. Если будет много пострадавших, они поймут, что лучше ходить вместе.

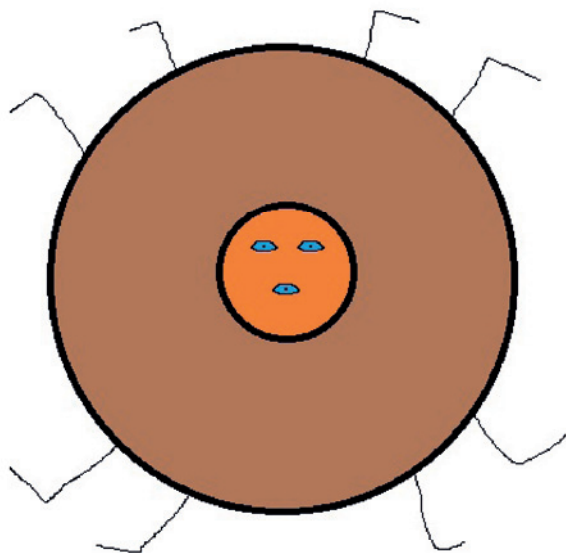


Рисунок 5

А., 25 лет, 20.10.2011

Голова внутри тела. Эти животные живут внутри черных дыр. А черная дыра – объект большего числа измерений, чем у нас на Земле. У них четыре пространственных измерения и одно время. Для того, чтобы видеть четырехмерное изображение, животные имеют не два глаза, а три. Тело имеет форму четырехмерного шара, вокруг восемь ног (рук) – восемь конечностей, которые могут выполнять функции как ног, так и рук.

Откуда произошли эти животные, никто не знает. Вероятно, попали к нам из другой галактики и нашли прибежище в нашей, внутри черной дыры.

У них высокоразвитая цивилизация, они очень хорошо общаются. При этом могут общаться находясь на большом расстоянии друг от друга. Умеют и близко, но специально для общения не встречаются. У них очень большие расстояния и они не хотят тратить энергию и время, чтобы встретиться. Если встретятся, будут общаться.

Динамика рисунка у детей с синдромом Каннера в процессе терапии

КРАТКОСРОЧНАЯ ТЕРАПИЯ

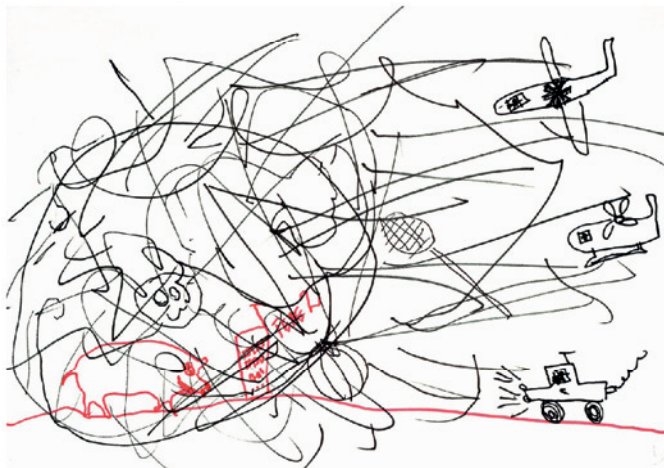


Рисунок 1

Л., 7 лет. 17.11.09 - хаотичный рисунок

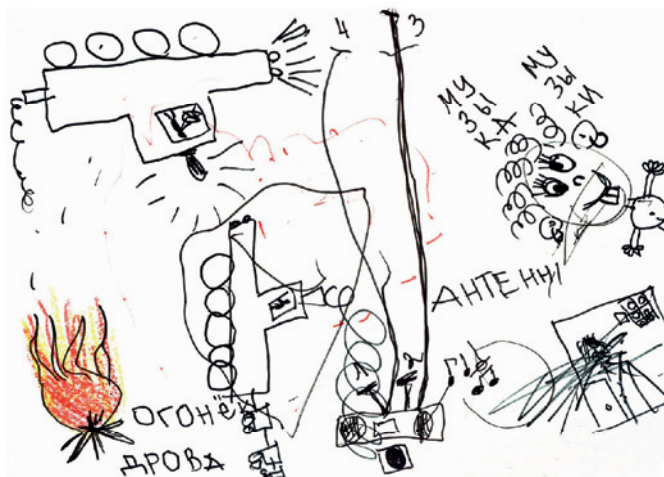


Рисунок 1

Л., 7 лет. 02.03.10 - стереотипное предметное изображение



Рисунок 1

Л., 7 лет. 21.05.10 — структура, сюжетный рисунок

Все рисунки выполнены при поддержке рукой специалиста, выбор сюжета сделан ребенком.

Макарова А.В.

Драматизация как средство помощи аутичным детям

Я работаю арттерапевтом вот уже 7 лет и хочу поделиться опытом работы в театральной студии для детей-инвалидов «Ковчег». Чем привлекательна для меня драма-терапия?

Во-первых, не каждый ребенок, тем более дошкольник, может выразить себя с помощью изобразительных средств (красок, карандашей, мелков и т. д.). Драма-терапия объединяет в себе все средства самовыражения: движение, звук, речь, тактильный контакт и т. д.

Во-вторых, изобразительное творчество предполагает работу за столом, что трудновыполнимо для подвижных и гиперактивных детей. Драма-терапия может использоваться в работе с детьми любого темперамента и возраста.

В-третьих, игра — основной вид деятельности детей-дошкольников — является также и основной формой драма-терапии.

Так как наши воспитанники — неконтактные дети, им трудно выражать что-либо непосредственно, поэтому в нашей студии используются куклы. Таким образом, аутичный ребенок может говорить и действовать не от своего лица, а посредством выбранной им куклы. На занятиях дети могут играть не только в известные им сказки, но и придумывать собственные, проигрывать ситуации в семье или детском учреждении.

Я хочу описать пример занятия драма-терапией с группой дошкольников. В группе участвовали 4 ребенка пяти-шести лет: Дима Д., Аня М., Паша П., Вова А.

Когда дети впервые приходят в игровую комнату, они пытаются играть каждый сам по себе, и задача терапевта состоит в том, чтобы включить их в общую игру.

Аня берет белочку, прыгает по комнате со словами: «Я белочка, я белочка...» Дима берет черного кота и сидит в углу. Паша манипулирует Красной Шапочкой. Вова сидит у корзины с игрушками и говорит: «Капитан, капитан...»

Я беру зайчика и подхожу к Ане.

Т. (терапевт): Здравствуй, белочка!

А. (Аня): Здравствуй, зайчик!

Т.: Белочка, как тебя зовут?

А.: Меня зовут Ира.

Т.: А куда ты идешь?

А.: Я собираю грибы и ягоды.

Т.: Можно я тоже пойду с тобой?

А.: Можно

Т.: Пошли белочка и зайчик вместе. Вдруг видят — котенок под деревом сидит. Белочка, давай спросим, как зовут этого котенка и что он тут делает.

А. (обращаясь к Диме): Котенок, как тебя зовут?

Дима отворачивается к стене.

Т.: А что ты здесь делаешь?

Д. (Дима): Котенок спрятался в домик.

Т. (Ане): Может, он кого-нибудь боится? Давай спросим.

А.: Ты кого-нибудь боишься?

Дима не отвечает, но искоса на нас поглядывает.

Т.: Ну что же, котенок не хочет сейчас разговаривать, попробуем зайти позже.

Мы обходим комнату.

Т.: Посмотри, белочка, — Красная Шапочка (подходим к Паше). Интересно, куда она идет?

А.: Шапочка, куда ты идешь?

П. (Паша): У меня красивое платье и косички. (Паша не отвечает на вопрос. Дальше я пытаюсь подстроиться.)

Т.: А почему ты сегодня такая нарядная?

П.: И губки накрашила,

Т.: Может, у тебя какой-нибудь праздник? (Предлагаю возможный вариант.)

П.: Да, праздник.

Т.: Белочка, давай спросим: какой праздник у Красной Шапочки?

А.: А какой у тебя праздник?

П.: День рождения.

Т.: А мы с белочкой собираем грибы и ягоды. Пойдем с нами собирать ягоды для праздничного пирога.

Паша соглашается и идет с нами. Мы делаем вид, что собираем грибы, и ягоды.

Т.: Смотрите, впереди большая река! Как же нам через нее перебраться?

Некоторое время мы обсуждаем варианты переправы. Аня говорит, что может перепрыгнуть, но не учитывает возможности других участников.

Т.: Смотрите, плывет какой-то корабль, а на нем капитан (показываю на Бобу). Давайте позовем его и попросим перевезти через реку.

П. и А. (кричат): Капитан, капитан! (Вова играет корзиной.)

Подходим к Вове и просим перевезти (таким образом почти вся группа объединилась). Чтобы получился диалог, мы с коллегой подсказываем детям, что можно сказать, чтобы, получить желаемый результат: поплыть на корабле, найти тропинку в лесу и т. д. Во время игры Дима сидит в углу, но наблюдает. В первые занятия он почти не включается. В конце занятия мы устраиваем день рождения Красной Шапочки: печем воображаемый пирог, приглашаем гостей, пьем чай, дарим подарки. Паша очень быстро устает, периодически закрывает голову руками, пытается уйти из комнаты. Вова вообще с трудом вступает в диалог и говорит односложно, часто уходит в свою игру.

Это запись фрагмента одного из занятий. Во время дальнейших занятий Дима все чаще и активней включается в игру. Вова лучше говорит, использует больше слов, и его действия становятся более разнообразными. Паша меньше устает и закрывает голову руками, участвует в действии, а не просто манипулирует игрушками.

В начале занятий драма-терапией Аня, которая хорошо говорит, если задавала вопрос, то ответом не интересовалась. (Это еще одна из характерных черт некоторых детей: вопрос не с целью получить ответ, а ради самого вопроса.) В процессе дальнейших игр мы с коллегой вынуждали ее прислушиваться к другим участникам беседы. Именно вынуждали — потому что если не создавать условия необходимости совместных действий, общего процесса не получит-

ся. Например, когда требовалась помощь волшебника, заклинание нужно было прочитать обязательно вместе — иначе чуда не происходило. Во время курса драма-терапии проигрываются различные темы, обучающие социальным навыкам: разговоры по телефону, поход в магазин, путешествия на разных видах транспорта, врач и больные и т. д.

Тему часто задают сами дети, они выбирают кукол и условия, из которых развивается сюжет. Но чтобы не возникало стереотипов, терапевту иногда приходится ломать сюжет, поворачивать его неожиданным образом, создавать препятствия или вводить отрицательный персонаж, что заставляет ребенка изменить свои действия, отношение, обратиться за помощью к другим участникам игры.

Во время драма-терапии дети получают положительный опыт общения в безопасной ситуации, обучаются социальным навыкам, проигрывают различные чувства, эмоции, ощущения, переживания. Один мальчик, например, «пек» различные пироги: с медом, с лимоном, поганками и волчьими ягодами. Потом предлагал всем попробовать и пробовал сам — то есть проигрывал ощущения: сладко, кисло, горько — и наблюдал, как это переживают другие.

Драма-терапией можно заниматься как в детских садах, так и самим родителям дома. Чем полезны такие занятия в детских садах? Они помогают замкнутым детям адаптироваться в группе: робкому ребенку побыть в роли отважного рыцаря, короля или страшного волка, получить опыт другого поведения в группе. Агрессивный ребенок может научиться выражать свою агрессию более конструктивным способом.

Что можно делать дома? Чтение книги, когда мама читает, а ребенок слушает, — это пассивный процесс. Его можно сделать активным. Это поможет ребенку поиграть в сказку, прочитанную накануне. Пусть ребенок сам выберет себе роль, потом можно поменяться ролями.

Кроме помощи в проблемах неконтактности, драма-терапия способствует лучшему взаимопониманию между детьми и родителями, развитию речи, помогает ребенку научиться выражать свои мысли и чувства.

Черкасская А.А. **Аутисты в Эрмитаже**

Музейная педагогика насчитывает вот уже много десятилетий. В Эрмитаже создан Школьный Центр, который занимается долгосрочной программой эстетического воспитания и художественного образования детей. Созданы кружки рисунка и лепки. Читаются лекции по искусствоведению. Много внимания уделяется и больным детям, слепым, глухим и умственно отсталым. Созданы методики, по которым работают специалисты музея со слепыми и глухими детьми.

Более 10 лет назад наш фонд «Отцы и дети» обратился в Эрмитаж за помощью, и вот уже четвертая по счету группа занимается в залах музея.

Все это было не так просто. Не было программы, не было методики как рассказывать аутистам об экспонатах, куда их водить и что показывать. Первые две группы были неправильно сформированы и довольно скоро распались, т.к. искусствоведам -экскурсоводам было трудно определить степень заинтересованности детей, а отсутствие обратной связи вызывало беспокойство. Аутист - ребенок неконтактный, от него трудно добиться ответа. Кроме того после лекций у нас не было возможности собрать всех в фонде и обсудить увиденное, как это делалось во всех других школах.

Положительный опыт появился тогда, когда я сформировала группу подростков. Основной задачей была социализация детей, введение их в мир прекрасного (принцип удовольствия) и, по возможности, получение обратной связи. Для этого после каждого занятия мы собирались в музее в кружок и на полу какого-нибудь зала рисовали то, что видели. Это была возможность закрепить увиденное, тренировать память, учиться рисовать, развивать мелкую моторику и не бояться окружающей обстановки. Рисую на полу в зале музея, дети чувствовали себя свободно несмотря на большое скопление посетителей музея. Дети были свободны в своем решении что рисовать, и привыкали к обстановке, в которой практически не бывали по жизни. Это помогает им социализироваться, быть в обществе, не чувствовать себя изгоями.

Эта группа просуществовала более пяти лет, и распалась только потому, что дети выросли - им всем уже за двадцать лет.

Последняя группа насчитывала восемь — десять человек, все аутисты в возрасте от восьми до шестнадцати лет. Занятия проводились один раз в месяц в течение двух часов, из которых один час отведен на рисование. Темы занятий:

- интерьер музея;
- Египет и Древняя Греция;
- христианство;
- живопись 17-19 веков;
- интерьер жилых комнат дворца;
- тематические выставки;
- аллегории в живописи.

Как видно из вышеперечисленного, программа обширная, сложная, но выполнимая, так как все наши клиенты - аутисты с развитым интеллектом и нормальной речью. Сейчас нам удается добиться обратной связи - во время лекций идет активный диалог вопрос -ответ.

Группа ходила четыре год, накоплена большая коллекция рисунков.

Хочется надеяться, что эта практика распространится и на другие музеи города.

2006

Черкасская А.А.

Размышления о музыкотерапии

Прошло уже много лет, как я занимаюсь одной из психотерапевтических практик – музыкотерапией. Когда в начале 90-х годов прошлого столетия к нам из США приехал специалист-музыкотерапевт Алан Виттенберг, все очень активно стали интересоваться этим методом. Был создан Санкт-Петербургский музыкотерапевтический центр. За три года обучения я получила определенное количество теоретических знаний и приобрела практические навыки в работе с детьми, страдающими различными формами психофизических нарушений. Но главным открытием явилось то, что музыка во всех её проявлениях – ритмических, мелодических, гармонических – может быть использована в качестве эффективного терапевтического средства.

Может быть – но при условии, когда она используется не как фон, не как развлечение, а как дозированное и целенаправленное воздействие на патологию пациента (клиента).

По мере приобретения знаний и практического опыта у меня стали все чаще возникать серьезные и глубокие проблемы.

Первое – это загадочный мир аутичных детей. Иногда бывает сложно узнать, что провоцирует реакцию на слуховой стимул у клиента, который, кажется, поглощает и хранит в себе так много впечатлений, которые он не способен ни с кем разделить. Его реакцию на звук, музыку, голос часто трудно наблюдать и еще труднее интерпретировать.

Второе – результативность музыкотерапии в основном определяется глубоким пониманием патологии ребенка, как соматической, так и психической. Методы музыкотерапии должны выбираться на основании интегрального анамнеза пациента, собрать который часто бывает очень трудно. Во-первых – из-за недостаточной грамотности родителей. Во-вторых – из-за того, что в условиях нашего бытия ребенок наблюдается либо психиатром, либо педиатром. Правда, в последние годы стало немного легче общаться с родителями, так как они стали чаще и раньше обращаться к врачам, да и наша медицина пошла «далеко вперед». Тактика работы с ребенком должна обсуж-

даться со всем кругом специалистов (логопед, дефектолог, психотерапевт и т.д.). Концептуальные (базовые) задачи должны обсуждаться в рамках сенсорной интеграции (организации всех раздражителей для полного адекватного ответа при самоорганизации работы мозга). Путь к ребенку должен идти через невербальное общение к вербализации и саморазвивающемуся поведению. Глобальная цель – это улучшение адаптационного ответа и побуждение к дальнейшему развитию.

Тактика работы с аутичными детьми – после оценки истории его болезни и его семьи – это наблюдение, и не более. Важно не спешить, не ждать сиюминутного результата, музыкотерапевт идет за или рядом с ребенком. Тут важна дистанция. Полнота адаптации будет зависеть от возможности (развития) перехода от невербального (музыкального, звукового, вокального) к вербальному контакту. Осторожные попытки исследования, проникновения во внутренний мир необходимы для открытия новых путей воздействия.

Не всегда нужно давать очень много музыки. Пауза или тишина очень часто может дать при наблюдении определенные результаты.

Не все аутичные дети музыкальны. Не у всех есть слух. И их реакция на звук является ярким примером того, насколько быстро или медленно возникнет контакт с музыкотерапевтом. «Музыкальные» дети тоже долго могут не входить в контакт с музыкотерапевтом в связи с тем, что достаточно сложно слышать и слушать, и неизвестно, сколько пройдет времени, пока музыкотерапевт будет замечен.

Музыкотерапия имеет свои ограничения. Например: 1) частые эпилептические приступы, где имеет значение ритмическая провокация и ситуации эмоционального стресса; 2) редкое заболевание – состояние острого бреда; 3) состояние острого страха – неконтактность, катастрофа и т.д.; 4) состояние тяжелой симбиотической связи с матерью и 5) тяжелые истероидные проявления.

Показаниями к использованию музыкотерапевтических занятий (методов) являются:

1. нарушение контактности;
2. нарушение интеллекта, речевого, эмоционального развития;
3. невротические состояния;

4. не очень тяжелые двигательные нарушения, при тяжелом ДЦП работать нельзя.

Определив состояние, нужно сформулировать цель музыкотерапии, исходя из анализа конкретного клиента. Вспомнив о сенсорной интеграции, о сенсорном многоугольнике, надо решить, что дает нам возможность сенсорной интеграции? Допустим, ребенок не реагирует на обращение к нему. Но при попытке дать набор инструментов, он реагирует на звук (слухом, движением или глазами).

Выделив главную проблему, вместе с родителями определяем приоритеты – моя ли это работа, владею ли методом, или это работа других терапевтов. Надо точно знать, мое ли это дело. Если нет других методов, а музыкотерапия может помочь – надо работать, но не предсказывать итоги работы. Поэтому первое занятие (сессия) длится 30 минут, надо быстро оценить ребенка, его эмоциональность, познавательные функции, характер поведения, речь, способность играть, контактность, переносимость нового для него помещения.

Полозкова С.Г.
Арт-терапия с родителями аутичных детей

Необходимость вовлечения в психотерапию родителей аутичных детей продиктована следующими соображениями. Во-первых, положительная динамика у аутичного ребенка возможна только при поддержке семьи, которая поймет, примет и будет способствовать изменениям ребенка. При отсутствии терапии с родителями - сделать это довольно трудно. Во-вторых, существование в семье аутиста уже само по себе является стрессовым фактором, способствующим появлению и развитию различных психологических нарушений у родителей. Поэтому, занимаясь арт-терапией с родителями аутичных детей, я ориентирована на оказание помощи в равной степени и родителю-клиенту, и ребенку, и семье в целом.

На сегодняшний день дать исчерпывающее определение арт-терапии довольно трудно, потому что оно зависит от теоретических представлений и области практической деятельности специалиста, от характерных для той или иной страны моделей арт-терапии и т.д. Но, несмотря на различия в трактовках понятия «арт-терапия», даваемых представителями разных ее школ и направлений, существует ряд общих признаков, позволяющих говорить о ней как о вполне определенной области психотерапевтической деятельности. К ним можно отнести использование изобразительных материалов для выражения клиентом содержания своего внутреннего мира; создание для этого особых условий, обеспечивающих ощущение безопасности и свободы самовыражения; присутствие психотерапевта рядом с клиентом в процессе его изобразительной деятельности и использование им тех или иных приемов, помогающих клиенту выражать свои мысли и чувства в художественной форме и осознавать связь изобразительной продукции с содержанием своего внутреннего мира.

В ходе своей работы я обнаружила, что зачастую клиентам становится «тесно» оставаться в рамках лишь изобразительного процесса, поэтому по мере необходимости я сочетаю арт-терапевтические техники с телесно-ориентированными упражнениями, ролевыми играми, сочинением историй и т.д. Особенно хорошо это для груп-

повых занятий, т.к. позволяет клиенту теснее взаимодействовать с другими людьми, увидеть и скорректировать определенные проблемы в межличностных отношениях.

Прежде чем перейти к перечислению конкретных проблем, стоит подчеркнуть, что это те проблемы клиентов, с которыми я постоянно сталкивалась в процессе арт-терапии с родителями аутичных детей. Эти данные не подкреплены статистическими исследованиями с привлечением контрольных групп, поэтому, здесь не идет речь о том, чтобы считать эти проблемы спецификой родителей аутистов. Но именно эти трудности мешают им жить полноценной жизнью. Матерям детей-аутистов (а подавляющее большинство задействованных в терапии родителей – это именно матери) свойственны следующие особенности: заниженная самооценка, неуверенность в себе, замкнутость и неумение конструктивно взаимодействовать в коллективе, высокая тревожность, базовое недоверие к миру, постоянное ожидание всевозможных неприятностей. Особо стоит отметить, возникающие у них проблемы с агрессивными чувствами: как правило, с детства существует запрет на то, чтобы испытывать агрессию, поэтому она постоянно находится в подавленном состоянии. Отсюда проистекает неумение конструктивно выражать собственную агрессию и адекватно принимать ее от других людей.

Кроме того, у матерей аутичных детей часто встречаются сложности с принятием собственного ребенка и зависть по отношению к родителям здоровых детей.

Арт-терапия позволяет клиенту стать более зрелым в эмоциональном плане. Рисунок дает человеку пространство, в котором он может выйти за свою, обычно узкую, сферу чувств. Самовыражение при помощи художественной продукции представляется более символичным и менее специфичным, чем слова. Поэтому арт-терапия хорошо подходит для людей, не умеющих вербализировать внутренние переживания, не осознающих источников своих напряжений. В ходе перенесения на рисунок или скульптуру своих переживаний человеку легче взаимодействовать со своей эмоциональной сферой, чем при вербальном описании личных чувств, особенно если они вызывают страх и тревогу. Это происходит потому, что человек не включен в непосредственную конфронтацию с эмоционально нагру-

женной информацией, и при выражении чувств возникает меньше беспокойства, что уменьшает возможность появления защитной позиции. В результате, те эмоции, которые у клиента были по каким-либо причинам заблокированы, получают выход в художественной форме.

Кроме того, такая «объективизация» эмоций позволяет человеку увидеть отвергаемые чувства, осознать и со временем принять их в самом себе. Особенно важно отреагировать эмоции на рисунке, если речь идет об агрессии и страхе: их уровень может быть у клиента так высок, что выразить их в безопасной для окружающих форме не представляется возможным (как уже упоминалось, проблемы агрессии актуальны для матерей аутистов). Рисунок способен вызвать катарсис: агрессивные и враждебные чувства обращаются в более приемлемые способы самовыражения. В результате арт-терапевтических занятий у клиента происходит разрядка разрушительного эмоционального напряжения, но без ущерба для других людей. Таким образом, можно сказать, что арт-терапия - это в первую очередь эффективный способ регуляции эмоциональных состояний.

Для большинства людей рисование и лепка являются скорее редким видом деятельности, поэтому можно назвать еще один важный аспект арт-терапии: творчество само по себе. Законченная работа, как и сам процесс, дают клиентам чувство удовольствия и удовлетворения. Немаловажным для родителей аутичных детей в посещении арт-терапевтических занятий является то, что на это время они заняты собой и своим творчеством. Это позволяет им на время отключиться от своих детей, «выскочить» из замкнутого круга проблем, что в конечном итоге идет на пользу и родителю, и ребенку.

Рисунок – это всегда какое-то сообщение, зашифрованное в образах. Перед тем, как развился фонетический язык, люди общались с помощью зрительных символов. Археологи считают, что человек с незапамятных времен пытался выразить мысли и эмоции в рисунках, поэтому рисунок – основа элементарной коммуникации. Можно сказать, что художественное творчество - это особый довербальный язык. Так как у аутистов часто встречаются проблемы с вербальным контактом, то для их родителей важно научиться понимать этот

язык, что и происходит в процессе рассматривания и обсуждения своих и чужих рисунков.

Безусловно, рисунок имеет и диагностическое значение. Но я считаю, что диагностика в данном случае должна быть ориентирована на самопознание клиента. В терапии намного важнее понимание чего-либо именно пациентом, а не терапевтом. Арт-терапия позволяет клиенту узнать новое о своей психической жизни, то, что было ранее скрыто в бессознательном. В рисунке выражаются настоящие проблемы и конфликты, которые зачастую не осознаются человеком. На арт-терапевтических занятиях клиент получает возможность поднять свои проблемы на поверхность, встретиться с ними лицом к лицу и попытаться разрешить их.

О результатах арт-терапии можно судить, во-первых, по поведению клиентов: появляется больше раскованности, спонтанности, доверия по отношению к другим людям, улучшается межличностное взаимодействие (особенно при посещении групповых арт-терапевтических занятий). Но главным «документом», в котором отражены происходящие с человеком в процессе терапии изменения, является созданная им художественная продукция. Рисунки разного времени, как фиксированные на материальном носителе сиюминутные состояния, позволяют видеть динамику развития внутреннего мира человека.

Можно перечислить следующие общие признаки, позволяющие говорить о положительной динамике рисунков: со временем пустых мест на листе становится меньше, увеличивается количество используемых цветов, совершается переход от карандашей и мелков к использованию красок, появляется большая спонтанность рисунков – клиент уже не требует заданные темы для художественной работы, а продуцирует их сам. Все это говорит об уменьшении тревожности и желания контролировать свои рисунки, что в свою очередь приводит к возрастанию насыщенности эмоциональной жизни.

Поначалу при создании общих групповых работ каждый участник обособляется в пределах «своего поля», обозначенного ближайшим к нему сектором бумаги. По мере работы группы появляется желание «залезть на чужую территорию». В результате создаются настолько гармоничные общие рисунки, что они кажутся выполнен-

ными одним человеком. Умение действовать сообща, пустить на «свою территорию» других людей – это важный опыт для родителей аутичных детей.

Описание случая

45-летняя женщина М. – мать аутичного ребенка. М. осознает необходимость психотерапии для родителей аутичных детей, поэтому мотивация к работе над собой у не высокая. Жалобы на груз проблем, невозможность отключиться от суеты повседневной жизни. Арт терапевтические занятия посещала в течение года (в том числе групповые занятия). Достаточно длительный период терапии позволяет с большей объективностью отследить изменения в психической жизни клиента. Сначала М. во время сессий проявляла беспокойство, высокую самокритику; речь была быстрой и «лавинообразной». Со временем она стала заметно спокойнее, речь замедлилась, а в ее рисунках появлялось все больше спонтанности. Стала активнее выбирать на занятиях темы для творчества. Об изменениях, произошедших с М. можно судить по тому, как менялись ее рисунки в процессе терапии.

Рисунки, на которых присутствуют фигуры людей, претерпевают значительные содержательные изменения. В первых рисунках лица персонажей не прорисовывались, часто отсутствовали кисти рук. Изображала только себя, иногда с ребенком. Часто рисовала себя спиной к зрителю, у фигуры отсутствовали признаки пола. Рассматриваемые в совокупности, эти признаки свидетельствуют о явном нарушении общения клиентки: отсутствие кистей рук и черт лица – аутизация, уход в себя; расположение фигуры спиной к зрителю – негативизм по отношению к требованиям окружающих. Наличие в жизни нарушения общения подтверждены клиенткой при обсуждении рисунков. Просматриваются также проблемы в отношении к себе самой, в том числе к своему телесному «Я» – асексуальность персонажей. Через 3 месяца посещения занятий происходит кризисный момент: на одном листе создается рисунок с двойственным изображением себя. Одна фигура нарисована безликой, бесполой, абсолютно серой. Расположена она опять спиной к зрителю. Вторая фигура на том же листе производит радостное, воздушное впечатление, у нее прорисовано лицо, и она стоит, широко раскинув руки в

стороны (эта поза считается подчеркнута экстравертной). Она очень женственна, хотя это и не взрослая женщина, а скорее девочка. С появлением этого рисунка можно говорить о том, что произошел перелом в восприятии себя и своей женственности, а также уменьшились проблемы в общении. С этого момента практически во всех рисунках у персонажей имеются прорисованные лица, по которым можно судить об их эмоциональном состоянии, появляются признаки пола. Еще через месяц на рисунках увеличивается количество людей, которые взаимодействуют между собой.

Результат в изменении отношения к себе хорошо заметен при сравнении рис.1 и 2, сделанных с интервалом в полгода. Оба рисунка выполнены на одну тему: клиентке предлагалось нарисовать силуэт человека, а затем разместить в нем различные чувства и раскрасить их в соответствующие цвета. Отчетливо видно, что на рис.2, изображение фигуры человека меняется. Стал четче контур тела, он не расплывается как на рис.1; само тело на рис.2 выглядит женственнее и пропорциональнее, чем на рис.1; добавлены черты лица и уши, детально прорисованы кисти рук. Краски, используемые в рис.2 ярче и плотнее, отсутствует черный цвет, нет незаполненных белых пространств. На рис.1 приковывает внимание деталь в виде глаза, вынесенного за пределы тела. В связи с этим, напрашивается гипотеза, что в период создания этого изображения М. ощущала подавляющий внешний контроль со стороны кого-либо (по ее словам – это ее собственный контроль, который почему-то она ощущает как внешний). В рис.2 нет признаков такого внешнего контроля. В целом, человек на рисунке, созданном позднее, производит более благополучное и цельное впечатление. Пропорциональность и женственность фигуры говорит о том, что М. улучшилось восприятие собственной телесности.

Заметна и динамика цвета рисунков. В процессе арт терапии цветные оттенки становятся ярче и насыщеннее. Через 4 месяца от начала терапии появляется красный цвет (цвет активности и действия, а также – сексуальности) и с этого момента прочно занимает свое место в рисунках М. Затем появляется целая серия «зеленых» рисунков – эти картинки создают радостное и спокойное ощущения, в

них очень много краски цвета молодой листвы, (который символизирует равновесие, потенциал, безопасность).

Анализируя рис.3, рис.4 и рис.5 сделанные с интервалом в полгода соответственно, можно понять, что происходило с эмоциональной сферой клиентки в процессе занятий арт терапией. На всех рисунках – образ агрессии в том или ином виде. Рис.3 сделан через месяц от начала терапии и символизирует чувство раздражения. Настроение, передаваемое этой картинкой, можно охарактеризовать как депрессивное, подавленное. Рисунок статичен. Тусклые, темные краски с преобладанием черного цвета, который покрывает сверху все остальные цвета, как бы «подавляет» их (свидетельство депрессивного состояния). Через полгода ситуация изменилась: на рис. 4 раздражение выглядит уже как фонтан, ощущается мощное движение, выброс. Линии четкие, цвета не замазаны сверху черным. Видимо, блокировавшаяся ранее эмоция агрессии начала получать выход. На рис.5 М. изобразила уже гнев, ярость. Черный цвет опять на первом плане, но ему уже «не справиться» с прорывающимся чистым и ярким красным; цветовая насыщенность выше, чем на предыдущих рисунках. В рисунке снова есть движение - цветовой поток рвется вверх. Кроме визуально наблюдаемых в рисунках изменений, изменилась и смысловая нагрузка рисунков: на смену раздражению пришел гнев. Если говорить об агрессии, то эмоция раздражения значительно более разрушительна для испытывающего его человека (и для окружающих его людей), чем гнев. Гнев - это открытая, направленная вовне эмоция; ее выражение ограничено во времени. А раздражение – это скорее подавленная злость, по капле разъедающая человека изнутри. На листе гнев адекватно передается образом, напоминающим костер и красным цветом. На бессознательном уровне красный цвет является как раз символом активной агрессии, гнева.

Нечто подобное произошло и с эмоцией радости. За год рисунок, символизирующий радость, из размытого, неяркого пятна переродился в энергичный яркий поток с преобладанием оранжевого цвета, вызывающего ощущение тепла, радости, гармонии. Таким образом, рисование способствовало изменению чувств клиентки.

Обобщая выводы о рисунках, сделанных М. в течение года, можно с уверенностью говорить о стойкой положительной динамике в данном случае. Уменьшилось количество признаков нарушения общения; улучшилась самоидентификация и ощущение схемы собственного тела; заметно развитие эмоциональной сферы М.

Несмотря на положительную динамику, еще многие признаки в рисунках М. сигнализируют о проблемах, над которыми надо работать. Радостные и благополучные образы на листе сменяются грустными и мрачными. Но ведь психическая жизнь человека не стоит на месте, бывают подъемы и спады, на смену одним проблемам приходят другие - это нормально. Результаты терапии не могут быть мгновенными, положительный опыт постепенно закрепляется в жизни клиента. Психика человека является саморегулирующейся системой, надо лишь помочь ей.

БИБЛИОГРАФИЯ

- Бреслав Г.Э. Цветопсихология и цветолечение. СПб: Б&К. 2000.
- Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты. М.: Изд-во Владос-Пресс. 2003.
- Копытин А.И. Системная арт-терапия. СПб: Питер. 2001.
- Лебедева Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий. СПб.: Речь. 2003.
- Остер Дж., Гоулд П. Рисунок в психотерапии. Методическое пособие для слушателей курса «Психотерапия». М. 2001.
- Ферс Г. Тайный мир рисунка. СПб: Европейский дом. 2000.

ИЛЛЮСТРАЦИИ К СТАТЬЕ

Рисунок 1

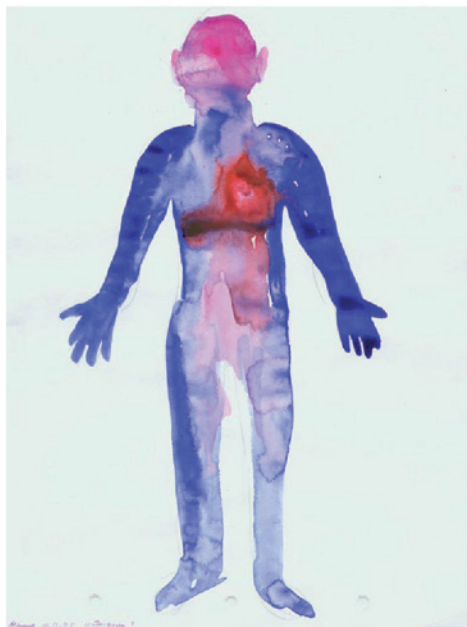


Рисунок 2



Рисунок 3



Рисунок 4

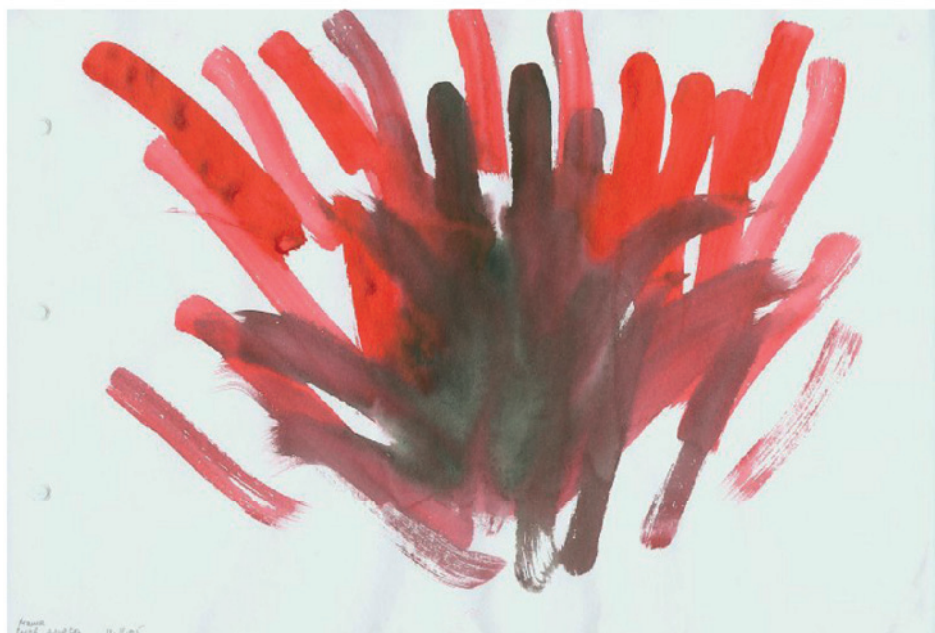


Рисунок 5

В ПОИСКАХ ВЫХОДА (рассказы родителей)

Воробьева И.

Мой сын – аутист, сейчас ему 21 год. Когда это стало понятно, мы пытались выяснить, кто может оказать нам помощь, и сведений о специалистах, работающих с такими детьми, не нашли. Единственными для нас местами в городе оказались дневной стационар детской психиатрической больницы и психоневрологический диспансер, куда сына поставили на учет и признали его ребенком-инвалидом. Положительного прогноза его развития ни в одной из этих организаций нам не дали, о возможности научить его читать и считать также было сказано отрицательно.

В 1992 году мы пришли в ОФ «Отцы и дети» и посещаем его по сей день. Он является важной составляющей нашей жизни и сыграл огромную роль в изменениях, произошедших с сыном и со мной. С самого начала, в тот момент, когда нам было радостно сказано: это наш мальчик, пришло ощущение, что мы попали домой. Еще одним первым впечатлением было то, что, в отличие от других мест, где мы побывали до того, мой аутичный ребенок был воспринят не как объект заботы и манипуляции с ним, а как субъект, личность, имеющая свои желания и мнения.

Сейчас мой сын закончил коррекционную школу, учится в профессиональном лицее для инвалидов, самостоятельно передвигается по городу и за его пределами, продолжает обучаться игре на пианино, самостоятельно посещает бассейн, умеет пользоваться компьютером, т.е. обладает необходимыми навыками, соответствующими его возрасту. С эмоциональной точки зрения, он доставляет мне огромную радость и дает чувство гордости за него. Но то, что мы имеем сейчас, потребовало много лет безостановочных усилий со стороны родителей и непрерывной работы специалистов: психологов, педагогов, психотерапевта. И все это стало происходить с нами после того, как мы стали посещать ОФ «Отцы и дети». Очень важным является то, что меня научили не прогнозировать результаты занятий, каких-то событий, происходящих с сыном, а отслеживать и сравнивать изменения с его собственным стартовым состоянием. В

нашем случае эти изменения происходили так медленно, что иногда казалось, что ничего не происходит. И потому очень важным оказался контакт с психологами, работающими с сыном в фонде, возможность обсудить возникающие вопросы. Здесь я впервые ощутила последствия «позитивной психологии», когда в ситуации кажущегося тупика психологическая поддержка помогала пережить трудные моменты разочарования, отчаянья, ощущения бездонной пропасти, в которой, как казалось, пропадают даром все усилия. Здесь мне помогли также адаптироваться к сложившейся жизненной ситуации и научили отделять собственные проблемы от проблем, связанных с «проблемным» ребенком. Здесь мне помогли понять нашу с сыном эмоциональную взаимозависимость, и осознать, что для того чтобы помочь ему, нужно в первую очередь лучше понять себя и помочь себе. Только тогда возможно правильно оценивать складывающиеся ситуации и принимать эффективные меры для их разрешения. Родительские группы, созданные в фонде помогают нам в этом, а также способствуют обмену «родительским» опытом и различного рода информацией, необходимой семьям с аутичными детьми.

Еще одним важным направлением работы ОФ «Отцы и дети», оказавшимся очень эффективным для помощи моему сыну, явилась организация летнего отдыха в лагере фонда «Онега». Уникальность этого места состоит из необыкновенных природных явлений Карелии и не сравнимого ни с чем уклада жизни и атмосферы самого лагеря, которые максимально приближены к условиям, необходимым для адаптации аутичных людей к обычной жизни в обычной среде и которых нет в большом городе. Именно там сын научился завязывать шнурки и есть разнообразную пищу, а также еще многим и более тонким вещам, связанным с его самоощущением в обществе.

Существование ОФ «Отцы и дети» очень важно для аутичных людей и их близких потому, что мы не чувствуем себя «иными», не такими как все. Здесь мы общаемся с себе подобными и ощущаем тот психологический комфорт, которого лишены где-либо в других местах. И создание его есть огромная заслуга людей, работающих в фонде.

2006 г.

Журавская Ю.

«Ай-ай-ай! Какой непослушный мальчик! Будешь так кричать, заберу тебя с собой!» Эту фразу я чаще всего слышала от сердобольных тетенок, когда мое двухлетнее чадо падало в лужу и, молотая ногами и руками, вопило на весь район. «А зачем он вам?»,- сочувствующая, задумавшись, испарялась. позже эту же фразу: «А зачем он вам?»,- я слышала неоднократно из уст врачей, психологов, знакомых. странный вопрос. Понятно зачем Потому что он мой ребенок, мой сын, долгожданный и любимый.

Все недоумевали: как это гениальный ребенок, который в 1,5 года знал и называл все буквы, отвечал на вопросы и читал простые предложения, мог так стремительно испортиться. исчезло все – речь, интеллект, восприятие обращенной речи. Осталась дикая гиперактивность, крики, вопли и стойкая бессонница.

Я не понимаю, почему наша фамилия до сих пор не в книге рекордов Гиннеса. в поисках врача для своего ребенка я обошла 459 специалистов: невропатологов, психиатров, психотерапевтов, магов, колдунов, гипнотизеров и прочих знатоков.

О моих похождениях можно написать отдельную книгу. привожу только некоторые мнения «светил»: «Мозг вашего ребенка умер и не подает сигналов.», В голове мальчика сидит скелет и ест его изнутри», «В душе родителей много обиды на окружающий мир». В дневном стационаре Серезу, тогда трехлетнего, глушили огромными дозами галоперидола. В московском центре П. после пятиминутного наблюдения за ним прописали (без всех анализов) аминокислоты, которые на долгие 6 лет сбили работу кишечника. Известный психотерапевт советовал подождать до пяти лет и тогда он ребеночка «быстренько вылечит гипнозом». я уж не говорю десятках куриных яиц, которыми снимали порчу маги и колдуны. А килограммы съеденных таблеток, прописанные гвардией специалистов традиционной медицины! Из всего этого я поняла только одно: верить надо только себе, своим ощущениям, своей интуиции и своему ребенку. И я верила.

Когда нас выгнали из четвертого по счету детского садика, написав характеристику, с которой вряд ли бы приняли в детский сад тюремного типа, я начала искать альтернативные пути развития Серез-

жи. Мало кто захочет заниматься с трехлетним ребенком у которого в характеристике написано: «Ребенок агрессивен, систематически избивает воспитателей кухонной утварью». Страшно? В действительности это была игрушечная пластмассовая сковородочка, которой Сергей задел по носу логопеда. Но, поскольку, нас тогда сильно не хотели, я стала искать специалистов, которым мой ребенок был бы интересен. Хочу сказать огромное спасибо нашему первому Учителю, Педагогу с большой буквы, логопеду-дефектологу Сергеевой Наталье Валерьевне, которая не отказалась от моего малыша, и долгих пять лет занималась с ним, учила всему, поддерживала нас и помогала Сереже вспомнить то, что он умел раньше. В 6 лет Сережка познакомился с ОФ «Отцы и дети», где уже 5 лет получает огромный заряд для жизни и борьбы в нашем обществе.

А я продолжаю верить. Чего же мы достигли к 11 годам? Сережа учится в 4 классе коррекционной школы, перескочив в свое время через класс, получает только четверки и пятерки. (Два года назад районная комиссия даже не захотела смотреть ребенка, изначально признав его необучаемым.) Сережа второй год участвует в районной спартакиаде по плаванию, занимая там призовые места, занимается арттерапией, музыкотерапией, учится играть на фортепиано, занимается конным спортом, катается на велосипеде и роликах. и с каждым годом становится все более адекватным. Еще 3 года назад мы не знали, что такое сходить вместе с ним в кафе, а сейчас наш «аутист со стажем» спокойно высиживает цирковые и театральные представления и даже одноактные балеты.

Так что, я теперь знаю точно: аутизм – это не приговор, а сигнал к активным действиям.

2006 г.

Ключевский А.

Предыстория. До 2009 г. я со своим аутичным сыном Андреем (он же Андрей, Анди и Андрюша), который постоянно живет в своей родной Вене, летом обычно отдыхал вдвоем в домах отдыха или на подмосковной даче. Такой отдых имел ряд недостатков, в частности социальную изоляцию и/или непонимание окружающими

специфических проблем ребенка и его поведения. Постоянный отпуск вдвоем не только был связан с постоянным стрессом, но оставлял чувство какой-то неудовлетворенности от того, что ни ребёнок, ни сам взрослый не получали достаточного общения, а особенно сти ребенка многими людьми рассматривались как нечто досадно-мешающее.

Летом 2009 было приключение, когда Андриюша убежал от меня во время прогулки по городу и его пришлось искать с полицией, /что до 2009 года включительно по обыкновению было для него большим развлечением/, и полицейская машина потом доставила нас в пансион. (Склонность к убеганию стала проявляться в семилетнем возрасте в 2007 году и послужила одним из аргументов, чтобы уговорить нас - родителей согласиться на прием ребенком атипичного нейролептика «риспердал» (рисполепт). Из-за этой склонности к убеганию я несколько лет не ездил в СНГ, после того, как Андриюша несколько раз убежал в Москве и в Подмосковье, что вызвало сильнейший стресс не у ребенка, набравшегося интересных впечатлений, но у меня самого. В Вене полиция находила ребенка через ½ — 2 часа, а в Подмосковье один раз его сняли с автобуса и отвели в милицию, а во второй раз он через 4 часа вернулся сам на автобусе после поездки в Москву без содействия поставленной в известность милиции.

Во второй половине августа мы собрались поехать под Минск к семье (с которой я списался по интернету и созвонился), где две девушки проводили иппотерапию, в основном для детей с ДЦП. Предварительно, еще в Вене перед самой поездкой, Анди опустошил целый флакон риспердала и затем проспал 14 часов в больнице под наблюдением врачей. Видимых последствий не было, но атипичный нейролептик нужно было хотя бы временно прекратить принимать. Под Минском мы жили прямо в доме семьи «лошадниц», а Андриюша, несмотря на незнание русского языка, был включен в доброжелательную и как бы хаотичную русскую домашнюю жизнь, где он явно чувствовал себя хорошо. Раз в день было катание на лошади, часто без седла. Реальных проблем не было. Разницы к худшему после прекращения приема риспердала я не наблюдал. Проявления агрессии были только дважды.

Положительный эффект от этой поездки держался несколько месяцев. Месяца два после Нового года Андрюша раз в неделю катался на лошади в парке в Вене, однако эти катания пришлось прекратить, т.к. Андрюша проявлял агрессивность, очевидно от перевозбуждения, и по отношению к девушке-тренеру, и по отношению ко мне, притом, что заранее очень радовался катанию. Риспердал же он снова стал принимать. После Нового года (Рождественских каникул) Андрюша стал полнеть и проявлять больше агрессии против воспитательниц на «продленке». В школе он стал хуже заниматься. В итоге руководство специальной «продленки» для аутистов, под влиянием которого находились и школьные учителя, стало почти ультимативно требовать увеличения принимаемой дозы риспердала. В этой ситуации мы стали обращаться к различным специалистам по нейропсихиатрии, которые, как я понял задним числом, сами не были уверены в прописываемых лекарствах. Ситуация стала обостряться, и в итоге мы просто отказались от использования риспердала. Это привело к своего рода «ломке» у Андрюши, который каждые два часа агрессивно бросался на родителей. Хождение в школу и в продленку стало проблемным. Практически каждый день звонили учителя или воспитатели и требовали, чтобы мы Андрюшу забирали из школы или из продленки. В итоге он сначала стал ходить нерегулярно в школу и в продленку, а потом и вовсе перестал туда ходить. Особенно со стороны продленки и со стороны школы стало нарастать давление в пользу возобновления приема риспердала. Отдельными днями удавалось вести Андрюшу в школу, однако постоянно сохранялось чувство тревоги и страха, что ребенок может впасть в агрессивное состояние. Чувство страха было сильнее у жены, но передавалось и мне. При том надо отметить, что в школу Андрюша любил ходить и сам мучился от своих «приступов» агрессивного перевозбуждения. В этой ситуации стало нарастать давление со стороны школы, чтобы мы позаботились о другой школе. Предлагалась школа в лесу, где находились «более тяжелые» дети, но имелось приятное окружение. Со стороны школы поступила жалоба районному отделу по делам молодежи, инспирированная, по словам классного руководителя Андрюши, руководством «продленки». Прозвучала завуалированная угроза отъема ребенка. Это привело к посещению на дому сотруд-

ницы районного отдела по делам молодежи, которой понравился и ребенок, и отказ от нейролептиков, поэтому репрессивные меры не были приняты, но напротив, ею была оказана моральная поддержка, после которой давление несколько ослабло. В итоге было назначено совещание уже в городском отделе образования с участием директора школы, куда ходил Андрюша, директора альтернативной школы для детей-инвалидов, руководства продленки и руководительницы интеграционного отдела городского совета по делам образования. Обстановка к нашему приходу была довольно агрессивной, но разрядилась после того, как я рассказал о своем намерении поехать на «базу» в Карелии (см. ниже). Я получил разрешение находиться вместе с ребенком три-четыре месяца за границей, а решение о смене школы было отложено до нашего возвращения. Отказ от приема респиратора также был принят к сведению.

Чтобы вырваться из ситуации, в которой возникло чувство западни, я стал искать «опекаемый отпуск» не только в Австрии, но и в Германии. Однако найденные варианты отдыха для аутистов или интегративного отпуска не предполагали присутствия родителей, а в такую возможность я после прошлых неудач не верил. Поэтому я стал искать в интернете варианты в русских государствах, чтобы не напрягаться самому с языком (затем на очереди, были бы, наверное, англоязычные государства, а затем, со скрипом, франкоязычные, а в конце концов хоть поездка на Марс). В первую очередь меня интересовали конные походы, т.к. Андрюша положительно реагировал на лошадей. Поиск, в основном в интернете, вывел меня на питерский фонд «Отцы и дети». Я созвонился с Фондом, меня, в контексте предшествующего опыта, поразила спокойная реакция на мое упоминание агрессии у Андрюши.

Первая поездка на базу «Онега». Собрались мы в дорогу в июле. База отдыха «Онега» («база»), как мне там же и сказали, вероятно, должна шокировать людей, привычных только к городскому комфорту и к устроенным домам отдыха или санаториям своей на первый взгляд неустроенностью. Правда, нужно отметить, что мне самому такая мысль не пришла в голову, т. к. ездил в различные археологические и биологические экспедиции и видел геологические экспедиции, а перед поездкой внимательно просмотрел фотографии

на сайте фонда. Поэтому бытовые условия я как раз воспринял как «нормальные». Сосед по домику – отец аутичного подростка живописал свои прошлые впечатления и то, как ему в первый раз захотелось тут же уехать. Некоторые люди, приезжавшие на базу, сразу же и уезжали.

Впрочем, привыкание к жизни на базе и для меня было связано с определенными трудностями, но другого порядка, и не связанными с отсутствием водопровода и ватерклозета, необходимостью носить воду из колодца. В частности, трудно было наладить питание, что по идее требовало не только приготовления пищи, но и координации с другими жителями дома. Сама социальная жизнь на базе также давалась нелегко. Поскольку она была устроена по незнакомому этикету, и была атомизированной из-за отсутствия общей трапезы и нейтральных социальных центров. У нас складывался странный ритм дня с очень поздним подъемом.

Первые дни все же оказались достаточно тяжелыми, и Анди отреагировал повышенной агрессией по отношению ко мне на непривычную и некомфортную среду, которая ему очевидным образом не понравилась. Было много комаров, и он расчесывал до крови комариные укусы. У меня возникло (или скорее обострилось) чувство отчуждения или разрыва бытия, которое нужно было осмыслить. (Такое чувство в большей или меньшей степени всегда сопровождало жизнь с аутичным ребенком, а здесь оно обострилось. Вероятно, у психологов для этого чувства имеется специальный термин, но возможно, его можно охарактеризовать и как проявление общего депрессивного настроения, который выработался при жизни с аутичным ребенком. Вообще-то аутизм ребенка имеет и эффект заразной болезни для всей семьи — без всякой объективной необходимости резко уменьшается количество и качество контактов с окружающим миром. Противостоять депрессивному восприятию можно при наличии достаточно сильного психологического иммунитета, но с этим как раз и сложно.) В голове роились мысли о том, что делать после базы, о том, что надо сюда приезжать на машине. Разрядку давали на первых порах прогулки на озеро и купания, притом что стояла на удивление хорошая погода. Податливость воды и песка очевидным образом расслабляли Андрюшу. Я же с нетерпением дожидался

походов, и особенно надеялся на участие в многодневных походах (в несложных и легких походах Анди уже участвовал раньше), т. к. воспринимал именно их за «фишку» базы, но главным образом потому, что тяготился самими буднями базы из-за уже упоминавшегося обострившегося чувства отчуждения.

Однако через неделю после первого однодневного похода агрессия у ребенка стала проходить. Во время первой походной ночи Анди широко раскрытыми глазами смотрел на костер, рядом с которым пели под гитару, а затем пожелал спать под открытым небом. Уже на другой день он стал заметно спокойнее и пропала агрессия, но мой страх перед его агрессией сохранялся. Второй короткий поход прошел достаточно спокойно и незаметно. Анди опять спал под открытым небом, а я присоединился к нему. Уже после коротких походов стала появляться большая уверенность в себе, хотя чувство единства не наступило: все равно были мысли о том, что делать после отъезда, которого подсознательно хотелось, при том, что разум, конечно, подсказывал, что нужно терпеть и будет лучше. И очень хотелось в большой поход.

Очень, на мой взгляд, полезны были и общение, и наблюдения за другими родителями и аутичными детьми. Наблюдения подтверждали рассудочные выводы, например, что нельзя видеть ситуацию статичной: один наш сосед по домику постоянно загружал своего сына деятельностью и поручениями, обращаясь с ним по-фельдфебельски, что шокировало некоторых психологов и родителей. Однако, тратя невероятные усилия, на которые у меня бы не хватило сил, он вытянул своего ребенка из безнадежной ситуации и через год был в состоянии объективно и субъективно отказаться от такого стиля общения. В других случаях поражал депрессивный симбиоз аутичных детей с родителями, особенно матерями, но и тут виделось медленное движение вперед. Трудно что-либо сказать про собственные новые навыки, но на уровне общего восприятия проходило чувство безнадежности, возникало ощущение возможности установления контроля над ситуацией, т.е. слабел депрессивный компонент мировосприятия.

Многодневный поход мною заранее воспринимался как некий апофеоз жизни на базе, который должен показать наличие или отсутствие перспектив работы с ребенком.

Во время похода ребенок без проблем носил рюкзак, ходил с ошеломленным видом по пересеченной и заболоченной местности и через какое-то время перестал хныкать, а по прибытию на пляж расслаблялся там песком и водой. По всей видимости, походная нагрузка позволяла ребенку лучше чувствовать тело и тем самым терапевтовала некоторые нарушения в восприятии, связанные с аутизмом. В походе и некоторое время потом Андрюша стал есть все, в том числе колбасные изделия (до похода и сейчас из колбасных изделий он ел и ест только «воздушно-сухую» итальянскую салями). После похода у ребенка не только исчезли остаточные проявления физической агрессии, но он также заметно стал управляемым и у него стало проявляться заметное любопытство. Поэтому после окончания смены я решил поехать на арендованном базой автобусе в Питер, предварительно спросив у Анди, желает ли он ехать сразу в Москву, или сначала в Питер. Три раза подряд Анди подтверждал свое желание поехать в Питер. Ночная поездка в Питер в неудобном автобусе прошла на удивление гладко. После этого мы пару часов отдохнули у моего друга, который в июле побывал у нас на даче, заметил, что «у Андрюши расправилась душа».

После базы. Управляемость сохранялась несколько месяцев после возвращения в Австрию. В школе классный преподаватель спросил меня, не занимался ли я летом с Андреасом, т.к. ребенок, по словам учителя, стал внимательней и собранней, и хорошо усвоил весенний материал. Однако к декабрю Анди снова стал более рассеянным, вернулась, хотя и в меньшей степени, физическая агрессия в случае возбуждения. Снова стало нарастать давление со стороны школы и городских служб в сторону возобновления приема атипичных нейрорепетитивов. Стал искать собственный конструктивный настрой. Несколько переломить ситуацию удалось в ходе недельных зимних каникул в совершенно пустом доме отдыха в Брестской области, когда мы много часов ходили по лесу с таящим снегом, т.е. попадали в физически экстремальные условия. Однако одной недели оказалось мало (решимости остаться еще на неделю, увы, не хвати-

ло) и конфликтные ситуации вскоре возобновились. Заметно стало вхождение ребенка в пубертат. В итоге, после первой же вспышки агрессии на уроке, Андриюшу школа отправляла домой, а в марте и вовсе отстранила на месяц от занятий, хотя, как я уже говорил, физической агрессии и перевозбуждения в целом стало меньше. То же повторилось и в апреле и в мае, т.е. ребенок фактически был постоянно с родителями. Образовался замкнутый круг: из-за небольшой еще физической агрессии ребенка (и родителей) загоняли в социальную изоляцию, где агрессия неминуемо должна была возрастать. Два раза в неделю мы ходили на плавание, много гуляли по лесу, приходила заниматься находящаяся на пенсии бывшая учительница Андриюши начальных классов из «продленки», чьи визиты были сильной моральной поддержкой. Несмотря, однако, на откаты в состоянии Андриюши, сохранялась надежда, что можно конструктивно контролировать его развитие.

Лето 2011. Из-за постоянного отстранения от занятий я попросил отдел по образованию освободить нас в июне (а это в Австрии школьный месяц) от занятий в школе, чтобы мы могли поехать в летний коррекционный лагерь в Крыму для аутичных детей Киевской общественной ассоциации поддержки лиц с аутизмом «Сонячне коло». Двухнедельное пребывание в этом коррекционном лагере прошло, в целом, без проблем, агрессия у Андриюши сначала пропала, а затем частично вернулась, по моему, возможно поверхностному наблюдению, ему не хватало физических нагрузок и релаксации, хотя само пребывание было достаточно комфортным, а сотрудники фонда и волонтеры добросовестно работали с родителями и детьми. И здесь были весьма интересные и приятные беседы с родителями. Занятно, что ребенок со смехом стал произносить отдельные русские слова. Но съездить в лагерь «Сонячного кола» было бы хорошо как раз после «Онеги». После лагеря я решил остаться в Крыму и покатать Андриюшу неделю на лошадях в горном Крыму. Частное коневодческое хозяйство для этого я присмотрел еще в 2010 году. Эта шестидневная поездка оказалась, субъективно говоря, не столь удачной. Анди с удовольствием катался на лошади, мы ежедневно до 6 часов спокойно гуляли в горах, иногда запасаясь только водой, но вечером в жилом вагончике, где мы ночевали, или даже просто на

территории хозяйства, у него случались сильные приступы физической агрессии, направленные против меня. Ребенок стал требовать «Москву». Поездка из Крыма в Москву прошла достаточно спокойно, несколько дней пребывания в жаркой Москве были спокойны. Поездка на дачу и пребывание там принесли только временное успокоение, затем приступы физической агрессии против меня возобновились и ребенок потребовал «Карелию». Казалось, что ему везде после недели пребывания становится скучно.

Второе пребывание на Онеге оказалось более тяжелым. Физической агрессии у Андриуши стало намного больше, нападения на меня происходили с завидным постоянством и периодичностью, а с какого-то момента Анди еще стал следовать за мной по пятам, не отпуская меня даже в туалет, и сам никогда никуда далеко от меня не уходил. Конечно, тут есть элемент персонализации меня, возможно сильно запоздавшее прохождение какой-то фазы раннего детства, но, с другой стороны, это был дополнительный момент, который наряду с постоянной борьбой с агрессией меня изматывал и истощал. В частности, я заметил, что утратил некоторые навыки по сбрасыванию агрессии и возбуждения у ребенка, хотя постоянно пытался изобрести какие-то новые способы борьбы с агрессией. Возможность без помех, но с возможными консультациями психологов испытывать новые методы общения и воспитания детей является очень ценной особенностью базы «Онега».

Пребывание на базе в целом оказалась тяжелым и, в отличие от лета 2010 г. не вызывало эйфории, но сохранилось определенное чувство уверенности и способности управлять ситуацией. Пропал страх перед ребенком, но остался страх перед социумом в случае неуправляемой агрессии ребенка. Осознается необходимость взять под контроль свои мысли и рефлексировать. Т.е. я заметил изменения в себе, которые являются важным результатом лета 2010 года, т.к. без изменений в себе невозможно менять аутичного ребенка.

В Питере Анди наслаждался комфортом в кафе, где он, с наслаждением развалившись в кресле, с изумлением и столь приятным мне любопытством осматривался вокруг. Дальнейшие поездки в Москву, а оттуда в Вену не были связаны с большими проблемами. В Москве возобновилась периодическая агрессия и требования

«Вены». А жизнь в Вене с новой частной школе, где когнитивные требования более низкие, чем в предшествующей школе, и куда Анди ходит на 1-2 урока в день, связана с необходимостью заново отстраивать весь распорядок жизни.

Австрия, Вена
2011 г.

Рахманкулов А.

Начиная писать эту заметку, не хочется выступать в роли эксперта и давать хоть какую-нибудь оценку происходившему в лагере «Онега». Все, что было до, во время и после нашей «смены», можно сравнить, пожалуй, с книгой, которую ты читал много раз, ты знаешь все сюжетные повороты и героев поименно, но открылась она тебе только сейчас. Открылась с неожиданной стороны. Ты начинаешь читать ее по-новому, с новым ритмом, с новым настроением, а главное, с иным пониманием. Много нитей, доселе вьющихся порознь, сплелись воедино и ведут за собой в новый мир.

В преддверии нашего путешествия я думал, что мы едем в лагерь для лечения детского аутизма у нашего ребенка, а приехав домой, я понял, что лечил прежде всего себя, свой эгоизм, несдержанность, нежелание вникнуть в истинные причины сложившейся ситуации. Я понял, как я плохо знаю своего ребенка, как мало я уделяю ему времени. Как наивна убежденность в том, что если отвести ребенка к специалисту, он сделает все за тебя.

Пожалуй, сейчас не проходит и дня, чтобы мы не вспоминали то, что было с нами в течение этих нескольких недель. Не берусь судить, что именно возвращает взгляд назад. Может быть, это люди, которые все это время были рядом, чей совет, опыт или история оставили некий след внутри тебя. Каждый нес что-то особенно важное, то, что дополняло сложную мозаику, которую ты пытаешься сложить. Может быть, это магнетизм самого места с величественной природой и волшебными белыми ночами. Может быть, это то количество эмоций, тревог, мыслей, пережитых в новых условиях. Не знаю... Только одно бесспорно: все то, что происходило и чувствовалось, было намного чище и «острее». Отпала лишняя оболочка,

«глянец», то, что мешало видеть дальше, чем ты видишь в обычной жизни.

Когда рядом с тобой особый ребенок, ты сродни смотрителю розария, который лелеет и бесконечно любит свой цветок. Он так боится, что что-то может повредить ему. Он переносит его вслед за солнечным лучом, он накрывает его, когда приходит ночная прохлада. Так и для меня было бесконечно трудно учиться давать ребенку свободу. Свободу выбора, свободу самостоятельного действия. Было очень трудно избавиться от «тепличности» домашнего уклада, от устоявшихся церемониалов. Перестать излишне опекать, не делать того, чего бы ты хотел, что бы он делал самостоятельно. Не стараться помочь, а стараться не мешать - вот чему приходилось учиться самому.

Было ли это нужно? Да, конечно. Можно ли говорить о результате? Наверное, до этой поездки мне хотелось тоже услышать ответ на этот вопрос. Но мне кажется, что это было не начало пути и не его конец. Это его часть. Конечно, мы изменились, изменился наш взгляд на многое.

Чехия, Прага
2011 г.

Воробьева К.С.

Медико-генетические аспекты аутизма

Аутизм является клинически гетерогенным и одним из наиболее распространенных детских психических заболеваний. Высокая частота аутизма среди детского населения и тяжелая клиническая картина при многих формах аутизма заставляет ученых выявлять и изучать цитогенетические, генетические и нейробиологические маркеры этого заболевания как у детей, так и родителей. Аутистические расстройства (ОМIM: 209850) определяют как группу заболеваний, для которых характерны нарушения в виде значительных затруднений в социальном взаимодействии, проблемы коммуникации, ограниченность и стереотипность поведения, интересов и действий. Аутизм представляет собой обобщающий термин, включающий в себя классическую форму аутизма, синдром Аспергера, недифференцированные формы аутизма и нервно-психической регрессии, а также синдром Ретта. Эти формы обладают значительными отличиями, в основном касающимися степени тяжести симптомов, особенностей развития лингвистических навыков, когнитивных способностей и социального поведения на ранних стадиях развития. Так у детей с «классическим» аутизмом отмечаются незначительные отклонения развития в возрасте до 3 лет; при синдроме Аспергера значительные нарушения социального взаимодействия, ограниченность и стереотипность поведения с очевидно нормальным лингвистическим и когнитивным развитием в период до 3 лет. Для синдрома Ретта характерны признаки тяжелой наследственной энцефалопатии, приводящей к глубокой инвалидности уже в первые годы жизни.

Генетическая гетерогенность аутизма.

В настоящее время наследственный характер аутистических расстройств не вызывает сомнения.

Результаты близнецовых исследований показывают значительные различия в конкордантности (вероятности появления болезни у одного из членов близнецовой пары при условии наличия этой болезни у второго) по монозиготным и дизиготным близнецовым па-

рам. В исследовании с участием 27 монозиготных и 20 дизиготных пар, Bailey и др. (1995) обнаружили, что для монозиготных близнецов конкордантность составляет 92%, тогда как для дизиготных — 10%, что указывает на большую роль наследственного фактора.

Достаточно часто обнаруживается сочетание аутизма с генными болезнями (умственная отсталость, сцепленная с ломкой хромосомой X (синдром FraX), фенилкетонурия, туберозный склероз, нейрофиброматоз, синдромы Лемли—Опитца, Сотоса, Вильямса).

Среди генетических факторов, определяющих патогенез аутизма, отмечают мутации в генах хромосомы X, ряд неспецифических хромосомных аномалий, выделяя при этом хромосомы 7 и 15, повышенную частоту variability гетерохроматиновых районов хромосом. В целом хромосомные аномалии удается выявить в 10—14% случаев аутизма, преимущественно в мозаичной форме, а гетероморфизм хромосом (хромосомные варианты) — в 60%.

В ряде исследовательских работ показана высокая частота variability гетерохроматиновых районов отдельных хромосом у детей с аутистическими расстройствами (59,4%) и их родителей (61,1%). Причем у матерей хромосомные варианты встречаются намного чаще (в 2—2,5 раза), чем у отцов. Кроме того, у матерей часто наблюдают хромосомные аномалии, которые могут быть связаны с аутистическими расстройствами у их детей. При анализе корреляций между генотипом матерей детей с аутизмом и их фенотипическими признаками было обнаружено, что матери с хромосомными аномалиями в 3 раза чаще имели когнитивные нарушения, в 1,5 раза чаще — спонтанные аборт, почти в 4 раза чаще — эндокринные нарушения по сравнению с женщинами других групп. В родословных — в 5 раз чаще выявлялись нарушения интеллекта, в 4—5 раз чаще — смерть в раннем возрасте и в 2 раза чаще — спонтанные аборт у бабушек по материнской линии, что может свидетельствовать о сегрегации случаев хромосомной патологии в этих семьях. По данным литературы, у родителей детей с аутизмом отмечен повышенный уровень тревожных состояний, в том числе социальных фобий, депрессий и маний как у матерей, так и отцов. Эти данные подтверждают гипотезу о существовании пограничных состояний при аутизме у родителей и сибсов детей с аутизмом.

Таким образом наследуемость аутистических расстройств, с одной стороны, не вызывает сомнения, но с другой — гены, вызывающие идиопатический аутизм, не выявлены. Несмотря на неравное соотношение полов 4:1 (мужчины/женщины), не было выявлено данных в пользу X-сцепленных локусов или ограниченного полом наследования.

Медико-генетическое консультирование.

Поскольку частота аутистических расстройств в популяции велика, а генетические механизмы и механизмы формирования фенотипа весьма неоднозначны, то генетическое консультирование для врачей-генетиков при аутизме — весьма сложный процесс. Цель генетического консультирования при аутизме, как и при других заболеваниях, дать полную информацию семье и детям и установить повторный риск заболевания.

При медико-генетическом консультировании необходимо точно определить фенотип с учетом широкого спектра аутистических расстройств и провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями этого спектра (например, синдром Ретта).

Детальное цитогенетическое исследование с учетом вариантов околоцентромерного гетерохроматина рекомендуется всем детям с аутистическими расстройствами, тем более, если у них отмечены также умственная отсталость, аномалии ЭЭГ или судороги, мышечная гипотония, тяжелые моторные нарушения и признаки малых аномалий развития, а также их матерям. Данные о наличии хромосомных аномалий и вариантов у матерей детей с аутизмом заставляют учитывать их как генетические маркеры заболевания и более тщательно генетически обследовать всю семью.

Выявление цитогенетических аномалий и моногенный характер заболеваний, ассоциированных с аутизмом, указывает на генетическую гетерогенность и различные закономерности наследования их в отдельных семьях. Для идиопатического аутизма, т.е. случаев с неизвестной причиной, предполагаются моногенные, полигенные и мультифакторные механизмы наследования. Если установлена известная генетическая причина болезни, то показатели повторного риска будут разные для каждого отдельного заболевания. Для до-

минантных моногенных заболеваний с полной пенетрантностью (например, туберозный склероз) риск для sibсов составляет 50%. В случае рецессивных моногенных заболеваний, таких как синдром Лемли—Опитца, риск для sibсов — 25%. Если у ребенка подтвержден синдром FRAXA, риск заболевания для его брата составит до 50%, а его сестра в 50% случаев будет носителем и/или у нее будут стертые клинические проявления заболевания. По результатам исследований семей с идиопатическими аутистическими расстройствами установлен риск заболевания для sibсов в 5% (от 2 до 8%) случаев. С другой стороны, считается, что при наличии таких хромосомных аномалий, как дупликации или дуплицированные инверсии хромосомы 15 в участке q11-q13, повторный риск примерно совпадает с популяционной частотой, поскольку большинство дупликаций и инверсий возникают *de novo* в мейозе.

В настоящее время в области молекулярно-генетических исследований аутизма разрабатываются различные технологии более высокого разрешения, и крупные выборки индивидуумов для исследований могут дать более стабильные результаты в контексте активности генов. В заключение следует сказать, что только ранняя диагностика и скоординированные действия специалистов, проводящих клиническую и молекулярную диагностику, а также оказывающих медицинскую и психологическую помощь будут способствовать своевременному началу лечения, реабилитационных мероприятий и профессиональной ориентации пациентов с аутистическими расстройствами.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Козлова С.И., Демикова Н.С. и др. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. М.: Практика, 1996
2. Ворсанова С.Г., Юров И.Ю., Демидова И.А. и др. Вариабельность гетерохроматиновых районов хромосом и хромосомные аномалии у детей с аутизмом: идентификация генетических маркеров аутистических расстройств // Жур. неврол. психиатр. — 2006. — Т. 106, № 6. — С. 52–57.
3. Башина В.М. Аутистические расстройства. В кн.: Руководство по психиатрии. Под ред. А.С. Тиганова. М: Медицина, 1999

4. Muhle R., Trentacoste S.V., Rapin I. The genetics of Autism // Pediatrics. — 2004. — V. 113, № 5. — P. 472–486.
5. Johnson C. Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders// Pediatrics.-2007.-V.120, №5.-P. 1183-1215

Жуков Д.Е.

Картина мира аутичного ребенка

Картина мира – это целостная система представлений человека о мире, являющаяся субъективным образом объективной действительности. Картина мира является призмой, глядя через которую, субъект воспринимает всю новую информацию, поступающую извне, «всякое актуальное воздействие вписывается в образ мира, т.е. в некоторое целое».

Еще много лет назад А.Н.Леонтьевым была высказана мысль о том, что многочисленные исследования, например, восприятия удаленности, различения форм, константности цвета, кажущегося движения и т.д. дают огромное количество информации – полезной, а также малополезной и даже вовсе бесполезной. Сие вызвано тем обстоятельством, что вышеупомянутые исследования изолированы друг от друга, – таким образом, встает проблема возвращения к целостному предмету изучения в его реальной природе, происхождении и специфическом функционировании. Из сказанного закономерно вытекает следующий вывод: изучение картины мира как целостного образования, как правило, значительно эффективнее (с позиции исследователя, желающего получить информацию не только абстрактную, но и ту, которая может быть использована в повседневной практике), нежели изучение отдельных чувственных впечатлений и образов.

Вышесказанное приобретает особую значимость в свете проблемы изучения синдрома раннего детского аутизма. Представляется, что описание закономерностей и характеристик, присущих картине мира детей с аутизмом, является для успешной разработки и реализации психокоррекционных программ по работе с такими детьми ценностью не меньшей, чем многочисленные труды, посвященные описанию исключительно внешних проявлений и симптомов, характерных для детей с аутизмом. Это связано с тем, что для успешной психокоррекционной работы с аутичными детьми необходимо более или менее четко представлять себе не только самого ребенка-аутиста, но и его взгляд на мир, восприятие и понимание окружающей действительности, особенности мышления. Отсутствие же этих

представлений может стать причиной эффекта «стрельбы из пушек по воробьям» при работе с детьми, страдающими аутизмом.

Новизна данного исследования заключается в том, что оно проводилось с помощью психолингвистических методов, при этом отсутствуют литературные данные, в которых бы описывались подобные исследования, проводившиеся именно с детьми-аутистами, – как уже говорилось, преобладают описания особенностей поведения (реже – мышления) детей с аутизмом.

Исследование, описанное в данной работе, проводилось на базе Центра социально-психологической помощи СПб общественного фонда помощи детям с особенностями развития «Отцы и дети».

Целью исследования было выявление особенностей, присущих картине мира детей и подростков с диагнозом «ранний детский аутизм». В ходе исследования были поставлены следующие задачи: исследование представлений детей с аутизмом о коммуникации, взаимодействии и общении; исследование представлений детей с аутизмом о человеке как обитателе мира;

исследование представлений детей с аутизмом о предметном мире; исследование специфики наглядно образного и логического мышления детей с аутизмом; исследование особенностей протекания мышления (классификация, обобщение, анализ, синтез) у детей с аутизмом.

Объектом данного исследования являлись дети и подростки с синдромом раннего детского аутизма (РДА). Количество испытуемых: 49; возраст – от 7 до 17 лет. Предметом данного исследования являлась картина мира испытуемых.

В ходе проведения ассоциативного эксперимента (прямого) испытуемым предъявлялись стимулы из списка, включающего в себя 99 слов. Некоторым испытуемым предъявлялся сокращенный список слов-стимулов, что было связано с их объективно тяжелым состоянием и, следовательно, количественно ограниченной способностью к такого рода деятельности.

Общим результатом проведения эксперимента стало получение списка слов-ассоциаций на различные стимулы, объем которого составил несколько тысяч слов. В ходе обработки результатов эта совокупность была разбита на 15 категорий, список которых приводится

ниже. Выделение категорий производилось не на основе наложения заранее подготовленной шаблонной классификации, а на основании того, какие семантические группы оказались наиболее представленными во всей совокупности полученных слов-ассоциаций. Такой подход дал возможность увидеть, какие аспекты жизни обладают повышенной значимостью для аутичного ребенка и, как следствие, представлены в совокупности слов-ассоциаций числом, позволяющим выделить их в отдельную категорию. Следует также упомянуть то, что часть слов была отнесена не к одной категории, а к двум одновременно, поскольку значительная доля лексических единиц не может в силу специфики своих значений однозначно соответствовать только лишь одной семантической группе. Итоговый список категорий выглядит следующим образом: неживая природа, живая природа (кроме человека), человек, действия (события, уклад жизни), предметы, перемещения/поездки, время, пространство, модальности, музыка, медицина, продукты питания, размер/форма, количество/число, прочее.

В данный список включены такие категории, как «перемещения/поездки», «музыка», «медицина» и «продукты питания». Каковы причины этого?

Широкая представленность слов, относящихся к категории «медицина» (собственно, и послужившая основанием для выделения этой категории как отдельной) объясняется, скорее всего, двумя причинами. Первой является то, что, во-первых, из-за своих особенностей и, во-вторых, из-за слабого здоровья в целом (что встречается нередко) ребенок с аутизмом гораздо чаще, чем его здоровый сверстник, посещает различных врачей. Следовательно, и доля его времени, уделяемая этим контактам, несколько больше, что, соответственно, является причиной наличия у аутичного ребенка большего количества информации об этой сфере жизни. Второй причиной является, очевидно, то, что количество контактов аутиста с другими людьми сильно ограничено, поэтому представители медицины – одни из немногих людей, с которыми такой ребенок встречается более или менее регулярно.

Широкая представленность категории «продукты питания» свидетельствует об очень высокой значимости для ребенка с аутизмом

процесса принятия пищи. Нередко можно говорить даже о болезненной фиксации аутиста на питании и на всем, что с питанием связано. Эта фиксация ярко проявляется в поведении ребенка, в его стремлениях и чаяниях, в содержании его разговоров. Гиперболизировав, можно сказать: «он живет для того, чтобы есть».

Широкая представленность категории «музыка» свидетельствует о том, что она занимает в жизни аутичного ребенка далеко не последнее место, но не объясняет, с чем это связано. Лежащее на поверхности предположение, что причина – музыкальная одаренность, нередко имеющая место быть у детей с аутизмом, не находит подтверждения, что видно из анализа содержания категории «музыка», которое будет подробно рассмотрено ниже.

В категорию «перемещения/поездки» входят, в основном, глаголы движения и наименования транспортных средств. На первый взгляд может показаться, что необходимости выделять эту категорию в качестве отдельной нет, что глаголы движения можно отнести к категории «действия, события, уклад жизни», а наименования транспортных средств – к категории «предметы». Тем не менее, представляется целесообразным выделить данную категорию, так как те явления, которые обозначаются этими словами, играют особую роль в жизни аутичных детей, будучи объединенными именно таким образом.

Полученные в ходе эксперимента данные были также классифицированы по типам ассоциирования. За основу была взята классификация приведенная в работе «Семантическая структура слова как компонент семантической структуры высказывания» (Гак В.Г., 1971), где выделяется пять типов ассоциаций: 1) сходство (напр., темный – черный, недомогание – болезнь); 2) соподчиненность (напр., стол – стул, дом – сарай); 3) контраст (напр., темный – светлый); 4) расширение или сужение (напр., стол – мебель либо фрукт – яблоко соответственно); 5) перенос, как правило, метонимический (напр., стол – ножка, вбивать – гвозди, паук – паутина). Для более полного соответствия требованиям настоящего эксперимента данная классификация была модифицирована следующим образом: во-первых, расширение и сужение были разделены на самостоятельные классы; во-вторых, был включен такой класс, как ассонанс (звуковое сход-

ство); в-третьих, был включен класс несвязанных реакций (в данном эксперименте доля реакций, в которых никакой видимой связи между словом-стимулом и словом-реакцией нет, оказалась, во-первых, достаточно высокой – почти 11%, во-вторых, играющей важную роль для анализа полученных данных). Итоговая классификация по типам ассоциаций выглядит следующим образом: сходство, соподчиненность, контраст, расширение, сужение, перенос, ассонанс, отсутствие связи.

Ведущим типом ассоциирования является перенос, включающий в себя связи следующих типов: причина – следствие (напр., «болезнь – смерть»), часть – целое (напр., «солдат – армия»), предмет – материал (напр., «дом – кирпич»), действие – объект (напр., «вбивать – гвозди»), действитель – объект (напр., «паук – паутина»), ситуативная связь (напр., «темно – ночь»). Следовательно, наиболее значимым для детей с аутизмом является целостный образ ситуации, обстоятельств, в которых фактически проявляется, участвует явление, обозначаемое тем или иным словом.

При анализе совокупности слов-ассоциаций, относящихся к категории неживой природы, было выделено пять подкатегорий. Из них первые четыре соответствовали традиционному разделению объектов неживой природы на четыре стихии: огонь, земля, воздух и вода. В отдельную, пятую, подкатеорию были выделены слова, относящиеся к космосу и небесным телам. Оказалось, что наиболее полно и широко представлена подкатеория, включающая в себя слова, обозначающие воду в том или ином ее проявлении либо агрегатном состоянии («дождь», «море», «снег», «озеро» и т.д.).

Таким образом, можно с уверенностью сказать, что для ребенка-аутиста мир неживой природы – это прежде всего мир воды. Этот факт может говорить о стремлении к безопасности, к возвращению в пренатальное состояние, являясь, очевидно, следствием чувства незащищенности, сопровождающего аутичного ребенка в течение жизни.

В рамках категории «живая природа (кроме человека)» ассоциаций были выделены следующие подкатеории: 1) растения (в т.ч. деревья); 2) насекомые; 3) птицы; 4) рыбы; 5) звери и домашние животные; 6) прочее.

Для аутичного ребенка представителями живой природы являются в первую очередь растения (в широком смысле этого слова). Рассмотрев весь список слов, входящих в данную подкатегорию, можно обнаружить, что столь широкая их представленность в данном случае достигается за счет двух причин. Первая состоит в том, что сюда включаются все растения, пригодные для употребления в пищу. Поскольку очень многим детям с аутизмом свойственна фиксация на питании и всем, что с ним связано, растительный мир во многом воспринимается через такую вот «прагматичную» призму.

Другой, гораздо более интересной, причиной широкой представленности растений среди совокупности слов, относящихся к категории «живая природа», является наличие в ней большого количества наименований деревьев. При рассмотрении всех слов, входящих в подкатегорию, бросается в глаза не только то, что наименований деревьев очень много, но и то, что их список весьма разнообразен. Таким образом, можно утверждать, что дерево как таковое значит для аутичного ребенка нечто значительно большее, чем просто предмет. Чем же можно объяснить данный факт? Один из вероятных ответов на этот вопрос дает мифологический словарь, где говорится о том, что дерево, будучи одним из древнейших архетипов, является в мифологическом сознании символом, олицетворяющим упорядоченность, – в противовес хаосу. Соответственно, то, что в сознании ребенка-аутиста дерево занимает гораздо больше места, чем можно было бы предположить, связано со стремлением упорядочить мир вокруг себя. Данное предположение кажется вполне разумным в свете феноменологии поведения аутичных детей – широко известно частое неприятие ими любых изменений, ритуализация, множественные стереотипы и другие симптомы, связанные с тем, что окружающий мир для такого ребенка часто является, во-первых, изменчивым, а во-вторых, в силу этой своей изменчивости, опасным. Дерево в таком контексте становится для аутиста в каком-то роде «точкой опоры».

В рамках категории «человек» были выделены следующие подкатегории: 1) общие наименования (напр., «мальчик», «девочка», «мужчина», «женщина», «старик» и т.д.); 2) группа людей; 3) род занятий (напр., «врач», «повар», «ученик» и т.д.); 4) термины род-

ства; 5) имена собственные; 6) наименования частей тела; 7) характеристики; 8) наименования эмоций и эмоционально окрашенных состояний, оценки; 9) наименования нематериальных феноменов.

Обращает на себя внимание прежде всего то, что в ответах были очень широко представлены всевозможные оценки, названия эмоций и эмоционально окрашенных состояний. Этот факт особенно интересен в свете того, что во многих публикациях, посвященных феномену детского аутизма, утверждается, что дети-аутисты плохо различают эмоции, не придают им большого значения, а человека воспринимают лишь как движущийся и звучащий предмет. Полученные в ходе данного эксперимента данные могут служить основанием для абсолютно противоположной точки зрения – жизнь аутичного ребенка является эмоционально окрашенной, и эта окраска играет для него одну из ведущих ролей, являясь «призмой», через которую воспринимается большая часть информации, получаемой извне. Кроме того, судя по вышеприведенной таблице, можно говорить о том, что для ребенка с аутизмом человек является прежде всего или тем, кто несет в себе какую-либо эмоцию, или тем, кто вызывает эмоциональную реакцию у самого ребенка. Если же углубиться в содержание этой подкатегории и разделить его на слова, имеющие положительную коннотацию, и слова, имеющие отрицательную коннотацию, то можно обнаружить, что количество слов с положительной коннотацией превышает количество слов с отрицательной коннотацией почти в три раза (160 против 57). Объяснением этого факта является, по-видимому, то, что аутичный ребенок, испытывающий в процессе жизни острую нехватку положительных эмоций, всем своим существом стремится к ним, что и проявляется ярчайшим образом на материале данного эксперимента.

Другой особенностью представлений детей с аутизмом о человеке является то, что важную роль в их структуре играет род занятий человека. На первый взгляд может показаться, что на втором по значимости месте после сочетания «человек – эмоция, которую он несет (вызывает)» находится сочетание «человек – то, что он делает». Но, взглянув немного глубже, можно обнаружить, что это совершенно не так. Основанием для такого утверждения служит следующее наблюдение, сделанное в ходе анализа результатов описываемого

эксперимента: если из всех реакций, данных испытуемыми только на те слова-стимулы, которые обозначают какого-либо человека, выбрать все глаголы, то обнаружится, что, во-первых, этих глаголов очень мало (немногим более 4% всех реакций на описанную группу стимулов), во-вторых, тематическая направленность этих глаголов весьма однообразна (в основном это глаголы типа «идет», «стоит» и т.п.). Т.е. насколько разнообразна та гамма чувств и эмоций, которые, с точки зрения аутиста, могут сопутствовать человеку, настолько однообразен и скуп набор действий, с которыми он (человек) ассоциируется. Таким образом, можно заключить, что для аутичного ребенка профессия человека – это, прежде всего, не действия, но качество. Пытаясь выразить данный тезис образно, можно сделать это с помощью следующей формулировки: «Во-первых, он добрый, а во-вторых, авиатор».

Следует также отметить, что среди ассоциаций, относящихся к категории «человек» довольно широко представлены названия различных частей тела. Это, очевидно, является одним из проявлений тенденции расчленять целое на части, из которых оно состоит. Эту тенденцию дети с аутизмом проявляют не только в сфере представлений о человеке, что мы еще увидим ниже.

Заслуживает внимания и тот факт, что в списке слов указанной категории практически отсутствуют слова, обозначающие не отдельного человека, а группы людей. Т.е. каждый человек существует в сознании аутичного ребенка «сам по себе», обобщения не происходит, что нехарактерно для обычных людей, которые, напротив, склонны людей, не относящихся к категории значимых лиц, воспринимать как представителей какого-либо типа или социальной группы.

Анализируя содержание категории «действия, события, уклад жизни», стоит отметить, что наиболее широкой представленностью в ней обладают такие подкатегории, как «отдых, развлечения, праздники» и «физические (элементарные) действия» (28% и 16% соответственно). Возможной причиной столь широкой представленности первой из вышеназванных подкатегорий может быть упомянутое ранее стремление к получению положительных эмоций, восполнению их нехватки. Что же касается второй по степени представленности подкатегории, ее значимость обусловлена, надо полагать,

тенденцией к выделению из целостного действия отдельных фрагментов, отражающих в большей степени процессуальную сторону этого действия, – об этой тенденции, кстати, уже говорилось выше.

В категории «предметы» наиболее широко представленными оказались следующие три подкатегории: 1) помещения и их части («дом», «дверь», «стена» и т.п.); 2) одежда и обувь («сапог», «платье», «кроссовки» и т.п.); 3) мебель («стол», «кровать», «табуретка» и т.п.). Общая доля слов, входящих в эти три подкатегории, составила 43% от всех слов, обозначающих какие бы то ни было предметы. Нетрудно заметить то общее, что объединяет все предметы, относящиеся к вышеназванным подкатегориям: все они являются непосредственно определяющими личное пространство субъекта в конкретный момент времени. Одежда и обувь, надо полагать, рассматриваются как «помещение для тела», а мебель – как не менее важный «пространственный контекст». Из этого можно сделать следующий вывод: предметный мир ребенка с аутизмом – это прежде всего то, что окружает его в отдельно взятый момент времени, статичная «картинка», частью которой является он сам.

В категории «перемещения/поездки» наиболее широко представленными являются слова, относящиеся к одной из следующих двух подкатегорий: собственно глаголы движения (напр., «идти», «ехать», «бежать», «лететь») – 70% и наименования транспортных средств – 18%. Что касается глаголов движения, здесь единственным моментом, привлекающим внимание, является то, что неожиданно часто упоминается слово «летать» (либо «лететь»). Что же касается наименований транспортных средств, то количество этих наименований, а также их разнообразие бросается в глаза даже при ознакомлении с полным (не разбитым на категории) списком слов-ассоциаций, полученных в ходе эксперимента, – они составляют почти 2% от этого списка, что, несомненно, можно признать весьма высоким показателем (учитывая многообразие языка как такового вообще и весьма внушительный список категорий/подкатегорий в частности).

Два вышеописанных факта (1 – слово «лететь»; 2 – транспорт), будучи никак не связанными на первый взгляд, являются, скорее всего, двумя сторонами одной медали. С одной стороны, слово «ле-

тать» неоднократно дается в качестве ассоциации на стимул «видеть» (при этом нельзя не согласиться с тем, что такая реакция не является характерной, и если, например, не составляет большого труда, предположить – и оказаться при этом правым, – что на стимул «стул» значительная часть абстрактных испытуемых ответит реакцией «стол», то предугадать, что слово «видеть» вызовет реакцию «летать» довольно сложно или даже вовсе невозможно). Следовательно, значимым является наблюдение за полетом, это то, что привлекает внимание ребенка-аутиста. С другой стороны, транспортные средства очень часто являются предметом сверхценного интереса аутичных детей – многие из них способны подолгу наблюдать за ними, накапливать огромное количество знаний в этой сфере и т.д. Таким образом, можно сделать следующий вывод: переживание движения (в широком смысле – не только как кинестетическое ощущение, но и как визуальное впечатление, например) является очень значимым для детей с аутизмом, оно захватывает и притягивает их. В этом контексте можно сказать, что мир аутичного ребенка – это мир движущихся объектов. Кроме того, можно провести параллель между описанным явлением и тем, что для детей-аутистов вообще являются очень привлекательными вестибулярные ощущения – об этом говорится во многих публикациях (Каган В.Е., 1996; Grandin Т., Scariano М.М., 1999; Никольская О.С. и др., 2000), посвященных проблеме раннего детского аутизма.

Среди слов-ассоциаций, относящихся к категории «время», лидирует слово «часы». При этом в словаре ассоциативных норм оно далеко не первое. С другой стороны, среди ассоциаций на слова-стимулы, непосредственно связанные с фактором времени, практически отсутствуют глаголы (типа «идет», «бежит», «летит» и т.д.), между тем, как в вышеупомянутом словаре ассоциативных норм их удельный вес очень высок. Таким образом, можно говорить о том, что степень осознания и понимания испытуемыми специфики явления времени, его «течения», динамики, весьма невысока. Время ребенка-аутиста отличается от времени обычного человека так же, как отличается кинолента от альбома с фотографиями, оно предстает именно как набор статичных «картинок», образов, в которых, например, время суток неразрывно связано с сопутствующими яв-

лениями («вечер» – «звездочки»). Кроме того, среди ассоциаций, отнесенных к категории «время», многократно встречаются названия разных праздников, которые, очевидно, служат своего рода опорными точками на прямой времени, опять же, разбивая эту прямую на статичные отрезки.

Среди слов, так или иначе характеризующих субъективное пространство аутичного ребенка, чаще всего встречаются следующие: «дом», «улица», «море», «комната», «кухня». Здесь можно сразу же выделить две ветви, задаваемые противопоставлением первых двух слов. Исходя из первой ветви, можно утверждать, что пространство ребенка-аутиста – это прежде всего то место, где он проводит больше всего времени, т.е. собственная квартира. При этом «комната» и «кухня» дифференцируются, имея в сознании ребенка два разных значения, не обобщаемых словом «квартира», наличие которого в этом ряду выглядело бы вполне закономерным. Очевидно, здесь также проявляется неоднократно упоминавшаяся выше тенденция расчленять целое на части – если взглянуть на продолжение списка, первые пункты которого приведены в начале абзаца, можно встретить такие слова, как «спальня», «крыша», «коридор», «лоджия» и т.д. Вторая ветвь – это то, с чем ребенок встречается за пределами своего непосредственного места обитания. Здесь имеются такие слова, как «озеро», «метро», «поликлиника», «дача», «лес» и т.д. Значимой представляется высокая частотность слов «море» и «озеро» – она еще раз подчеркивает стремление детей с аутизмом к воде, которое подробно рассматривалось выше.

Следует также обратить внимание на то, какие типы ассоциаций преобладают в тех случаях, когда в качестве ассоциата выступают слова, так или иначе определяющие пространство. Большая часть ассоциаций – 67% – относится здесь к 6-му типу (перенос), доля которого в общем (некатегоризированном) списке составляет 45%. Вторую позицию занимают ассоциации 8-го типа (отсутствие связи) – их доля составляет почти 20% (против 11% в общем списке). Соответственно, можно утверждать, что пространственный фактор играет для аутичных детей большую роль: во-первых, он входит во многие фреймы, связанные с различными предметами и явлениями,

а во-вторых, выступает в качестве важного компонента при реализации спонтанного содержания сознания.

В рамках категории «модальности» были выделены следующие подкатегории: 1) зрение; 2) слух; 3) осязание; 4) вкус; 5) температура.

Обращает на себя внимание прежде всего то, что вкусовая модальность, в норме гораздо менее важная, чем остальные, здесь играют заметную роль, – такую же, как слуховая и осязательная модальности. Из этого можно сделать вывод о том, что вкусовые ощущения имеют очень большое значение для детей с аутизмом, образно говоря, они «воспринимают мир на вкус».

Другим важным наблюдением, сделанным в ходе анализа содержания категории «модальности», стало то, что среди ассоциатов-цветообозначений первое место по частотности с большим отрывом занимает красный цвет. Из остальных цветов более или менее часто встречаются белый, синий и черный. Прочие цвета упоминаются значительно реже. Между тем, согласно данным частотного словаря русского языка, наиболее употребимыми цветообозначениями являются «черный» и «белый», лишь после них следует «красный». Кроме того, «синий» по частотности занимает седьмую позицию, в нашем же случае – третью, а «черный», занимающий по частотности первое место, в нашем списке находится лишь на четвертом месте, несмотря даже на то, что в списке стимулов присутствовало слово «белый», вообще закономерно вызывающее ассоциацию «черный». Следовательно, аутичный ребенок воспринимает мир «в багровых тонах», его зрительные ощущения обладают повышенной интенсивностью, окружающая действительность ощущается как давящая, агрессивная и опасная. Та же тенденция проявляется и на уровне слуховой модальности. В ассоциациях на стимулы, так или иначе связанные со звуком, многократно появляется слово «громко» (либо «громкий»). При этом ассоциация «тихо» («тихий») не встречается ни разу. Это дает основания предполагать, что дети-аутисты воспринимают мир как звучащий с громкостью, превышающей пределы комфорта.

Весьма широко представлена категория «музыка» (что, собственно, и послужило основанием для ее выделения).

Ведущую роль в данной категории играют названия музыкальных инструментов. Т.е. музыка связывается не с собственно музыкой, а с предметом, сопутствующим ей. В пользу такого предположения говорит и то, что среди слов-ассоциатов, отнесенных к категории «музыка», очень мало глаголов (либо существительных, обозначающих действие), несмотря на то, что их более широкая представленность была бы вполне закономерной.

Что касается категории «медицина», примечательным является сам факт ее выделения как отдельной. Возможные причины столь широкой ее представленности, послужившей основанием для этого выделения, описаны выше. Обратившись к содержанию данной категории, можно заметить необычную, в общем-то, вещь: испытываемыми весьма часто упоминаются названия конкретных болезней (напр., «панкреатит», «остеохондроз») и конкретных лекарств (напр., «мазь Вишневого», «цитовин»). Связано это, по-видимому, с уже упоминавшейся тенденцией к конкретизации обобщающих понятий, реализуемой в виде отдельно взятого примера.

В отношении категории «продукты питания» не было обнаружено закономерностей или тенденций, заслуживающих внимания. Существенным является разве что сам факт широкой представленности слов, относящихся к этой категории. Впрочем, об этом уже говорилось (и достаточно подробно) выше.

В рамках категории «размер/форма» было выделено три подкатегории: 1) слова, характеризующие размер; 2) слова, характеризующие форму, наименования геометрических фигур; 3) прочее. Особого внимания заслуживает содержание первой из перечисленных подкатегорий, точнее не само содержание, а то, ассоциациями каких типов оно представлено.

Здесь стоит вспомнить, что для испытуемых, принимавших участие в этом эксперименте, в целом (без учета категорий) наиболее характерными являются ассоциации 6-го типа (перенос), составляя 45% от всей совокупности полученных ассоциаций. В конкретном приложении к подкатегории «размер» это ассоциации типа «большой – дом», «маленький – дитя», «крупный – картошка» и т.п. В данной подкатегории доля ассоциаций такого типа составила всего 14%, зато значительно возросла доля ассоциаций 1-го и 3-го типов

(синонимия и антонимия соответственно). Следовательно, понимание слов, обозначающих размер, вполне адекватно. Но при этом слова этой подкатегории оказываются как бы «сами по себе», их сочетание с наименованиями объектов является низкочастотным. Поэтому может быть сделан следующий вывод: при восприятии, оценке объектов для детей с аутизмом размер этих объектов не является существенной характеристикой, следствием чего и является то, что приведенные данные выглядят именно так, а не иначе.

Наиболее значимым для детей с аутизмом является целостный образ ситуации, обстоятельств, в которых фактически проявляется, участвует явление, обозначаемое тем или иным словом. Дети с аутизмом проявляют тенденцию расчленять целостное явление либо объект (но не ситуацию) на части, из которых он (объект) состоит, целостное действие – на отдельные фрагменты, отражающие его (действия) процессуальную сторону, конкретизировать понятие, включающее в себя некоторую совокупность объектов в виде отдельно взятого примера. Предметный мир ребенка с аутизмом – это прежде всего то, что окружает его в отдельно взятый момент времени, статичная «картинка», частью которой является он сам. Для детей с аутизмом непропорционально значимыми становятся следующие категории явлений и представлений: 1) перемещения/поездки/транспорт; 2) музыка; 3) медицина; 4) продукты питания. Степень осознания и понимания аутичными детьми специфики явления времени, его «течения», динамики, весьма невысока. Время ребенка-аутиста отличается от времени обычного человека так же, как отличается кинолента от альбома с фотографиями, оно предстает именно как набор статичных «картинок», образов, в которых, например, время суток неразрывно связано с сопутствующими явлениями. Пространственный фактор играет для аутичных детей большую роль: во-первых, он входит во многие фреймы, связанные с различными предметами и явлениями, а во-вторых, выступает в качестве важного компонента при реализации спонтанного содержания сознания. Каждый человек существует в сознании аутичного ребенка «сам по себе», обобщения не происходит, что нехарактерно для обычных людей, которые, напротив, склонны лиц, не относящихся к категории значимых, воспринимать как представителей какого-либо типа

или социальной группы. Для детей-аутистов характерно стремление к безопасности, являющееся, очевидно, следствием чувства незащищенности, сопровождающего аутичного ребенка в течение жизни. Аутичный ребенок стремится упорядочить вокруг себя мир, воспринимаемый им как изменчивый, хаотичный и опасный. Человек является для ребенка с аутизмом прежде всего или тем, кто несет в себе какую-либо эмоцию, или тем, кто вызывает эмоциональную реакцию у самого ребенка. Аутичный ребенок очень сильно стремится к положительным эмоциям вследствие того, что в процессе жизни испытывает острую их нехватку. Вкусовая модальность, в норме гораздо менее важная, чем остальные, играет для детей-аутистов заметную роль – вкусовая модальность для них так же важна, как слуховая и осязательная модальности. Образно говоря, эти дети «воспринимают мир на вкус». Аутичный ребенок оценивает свои ощущения как обладающие повышенной интенсивностью, окружающая действительность ощущается как давящая, агрессивная и опасная. Эта тенденция проявляется как на уровне зрительной модальности, так и на уровне модальности слуховой.

ВВЕДЕНИЕ

Причины возникновения аутизма до сих пор остаются предметом дискуссий. В зарубежных исследованиях в качестве причин, вызывающих детский аутизм как болезненное явление, выдвигаются биологическая незрелость или повреждение нервной системы, патология познавательных процессов, регресс или задержка развития, действие механизма патологической защиты при неправильном воспитании. В рамках психоанализа аутизм рассматривается как результат раннего психогенного воздействия, обусловленного безразличным, холодным отношением матери. Ранний психологический стресс, специфическая патология родительно-детских отношений, по мнению авторов этой концепции приводят к патологическому развитию личности (16). Так, например, Ф.Дольто считает, что аутизм – не врожденное заболевание и выявляется гораздо позже. Это реакция адаптации ребенка, подвергшегося в процессе самоидентификации какому-то испытанию. Это может быть травма, в результате которой ребенок потерял аффективный символический контакт с матерью, или сфера чувств ребенка пострадала по какой-либо другой причине (3). Некоторые авторы считают, что причиной развития аутизма у детей являются личностные особенности матери. Согласно Д.В.Винникоту, мать аутиста – это мать, не сумевшая стать «обычной преданной матерью» (1). А.Меннегети также указывает на некоторые особенности таких матерей, например, «формирование вампирического захвата со стороны матери», в результате ребенок оказывается своеобразным «ответом на потребность другого организма» и не воспитывается согласно своей идентичности (9).

Работ, посвященных родителям детей с аутизмом, очень немного. Поэтому темой данного проекта стало исследование Я-структуры родителей детей с РДА, особенности которой могут быть одной из причин развития аутизма у ребенка.

В широком смысле под аутизмом обычно понимается явная необщительность, стремление уйти от контактов и жить в своем собственном мире. Однако, неконтактность может проявляться в разных

формах и по разным причинам. Иногда это просто характерологическая черта, но бывает и так, что она вызвана и недостаточностью зрения или слуха, глубокими интеллектуальными недоразвитиями и речевыми трудностями, невротическими расстройствами или тяжелым госпитализмом. Как правило, в этих случаях нарушение коммуникативной сферы – это следствие основного нарушения. Но, наряду с такими вариантами неконтактности, существует нарушение общения, при котором все эти трудности тесно взаимосвязаны и тогда определить, что является причиной, а что следствием очень сложно. При этом остается непонятным, не хочет или не может ребенок общаться, а если не может, то почему. Именно такое нарушение и может быть связано с синдромом раннего детского аутизма.

Наиболее часто используемыми в отечественной медицине и психологии являются классификации: МКБ-10, клинико-психологическая типология Лебединской К.С. и Никольской О.С., а также синдромы Каннера и Аспергера.

ОСОБЕННОСТИ СЕМЬИ, ВОСПИТЫВАЮЩЕЙ РЕБЕНКА С РДА

Несмотря на различия в клинической картине аутизма в зависимости от его этиологии и патогенеза, в нем присутствуют общие, наиболее выраженные, клинические особенности. Именно из-за большого количества сходных показателей при РДА многие авторы предпринимали попытки выделить основную причину аутизма у ребенка.

Одна из теорий, объясняющая причину РДА – это психогенетическая теория. Согласно ей, основными факторами, запускающими развитие аутизма, являются некоторые психологические особенности родителей, ранний психологический стресс или специфическая патология родительно-детских отношений.

Уже в 1949 году при описании синдрома РДА, Л.Каннер обратил внимание на родителей таких детей. Он отметил, что, как правило, это люди, занимающие высокий социально-экономический статус, обладающие рассудочным интеллектом, эмоционально холодные. Именно это, по мнению Л.Каннера, препятствовало созданию адекватной для развития общения воспитательной атмосферы. Г.Аспергер также отмечал, что родители аутистов несколько странноваты, фор-

мальны, утомляемы и внутренне скованны. А такие характерологические черты матери, как холодность и «доминантность», парализующие аффективную сферу ребенка и вызывающие у детей особое состояние «аутистического барьера», до сих пор занимают ведущее место в отечественных и зарубежных исследованиях, посвященных изучению причин формирования синдрома РДА у детей (5, 13).

Весьма широкое распространение получило также положение об аутизме как защитной реакции. Но, пожалуй, больше всего «защитная» функция аутизма подчеркивается теми авторами, которые при объяснении его природы главное значение придают социальным факторам, прежде всего неблагоприятному семейному климату и ошибкам воспитания. В этом случае аутистическое поведение объясняется затруднением в приспособлении ребенка к миру взрослых. Неправильные взаимоотношения между ребенком и взрослым, ущемление свободы, независимости и самостоятельности ребенка затрудняют его приспособление к миру взрослых, вызывают и фиксируют чувство страха, враждебности, приводят к конфликту с потребностью в общении, в эмоциональных контактах. В результате ребенок вынужден использовать особые, часто неадекватные формы приспособления и средства «психологической защиты». Аутизм, или, как называют его в этом контексте, «поведенческий уход», подобно подавлению, идентификации, проекции представляет собой именно такой бессознательно действующий защитный механизм (16).

С точки зрения А.Менегетти, в такой семье можно обнаружить формирование вампирического захвата со стороны матери. В результате ребенок вырастет в соответствии с идентичностью фрустрации своей матери. Это значит, что он получит ошибочную информацию во всем, что касается его «Я». В период роста этого ребенка мать будет воспитывать его исключительно в зависимости от своих потребностей. Эта форма психологического вампиризма зарождается во всех формах псевдоматеринской помощи и привязанности. Мать выражает свою любовь в соответствии со своими потребностями в этой любви. В результате ребенок окажется своеобразным ответом на потребности другого организма, и он не будет воспитан согласно своей идентичности (9).

Многими исследователями подчеркивается роль эмоционального состояния матерей, отражающаяся в способах воспитания ребенка. Так, Д.Н.Штатт выделяет несколько типов неадекватного материнского отношения, наиболее неблагоприятных в отношении возникновения аутистических форм поведения. Первый – мать, которая настолько эмоционально зависит от ребенка, настолько повышено тревожна, что подавляет ребенка своей неадекватной аффектацией. Второй тип – периодическое, внезапное отвержение своего ребенка у матери, подверженной депрессивным состояниям. Третий тип – мать, полностью отвергающая своего ребенка, безэмоциональная и равнодушная к нему (цит. по 16).

В исследованиях, посвященных семьям, имеющим аутичного ребенка, часто отмечается, что такая семья, и в особенности мать, испытывает постоянный стресс. В наибольшей степени, стресс проявляется у матерей, которые помимо ограничения личной свободы, связанной с уходом за аутичным ребенком, демонстрируют очень низкую самооценку. Впоследствии результатом хронического стресса являются депрессия, раздражительность и эмоциональная напряженность у матери. А типичным поведением для отцов в данной ситуации становится уход в работу, который позволяет не испытывать постоянный стресс, связанный с воспитанием ребенка-аутиста (8).

Также не последнюю роль при рассмотрении семьи с аутичным ребенком играет наследственность. Однако, изучение генетических механизмов, влияющих на формирование аутизма, затрудняется тем, что это нарушение до последнего времени встречалось достаточно редко.

В заключение можно сказать, что на настоящий момент в возникновении аутизма наиболее адекватным считается совмещение теории «мозговых факторов» – нарушения развития нервной системы, и теории «эмоционально холодных родителей» (6).

ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ ЛИЧНОСТИ ПОГРАНИЧНОГО УРОВНЯ

Пограничный уровень психической структуры характеризуется отсутствием интеграции между «хорошими» и «плохими» Я-репрезентациями и «хорошими» и «плохими» объект-

репрезентациями или наличием патологически интегрированного «грандиозного Я» при отсутствии интегрированных полных образов объектов и интегрированного Супер-Эго (14).

По Г.Аммону (цит. по 11), пограничный больной в своем раннем детстве должен был удовлетворять симбиотические потребности матери и становился ее симбиотическим партнером и имел право видеть действительность только в соответствии с потребностями матери. Этот вид восприятия действительности интернализуется, и в дальнейшем взрослый пограничный больной будет скрывать свою внутреннюю реальность, чтобы не поставить под угрозу симбиоз. В случае, когда на переднем плане стоит внешнее отграничение, человек будет стараться избегать контактов с внешним миром, и тогда это симбиоз со своим внутренним миром представлений. Если перевешивает дефицитарное внутреннее отграничение, то такой человек компульсивно ищет симбиотические связи, т.е. внешним образом идентифицирует себя с различными лицами.

Пограничная личность может оставаться незаметной до тех пор, пока она не получает нарциссическое подкрепление от окружающей группы. Как только начинают предъявляться требования к идентичности, это воспринимается как экзистенциальная угроза, которая может отреагироваться психотически или антисоциально.

ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное исследование посвящено изучению особенностей Я-структуры и Я-концепции родителей детей с РДА. Часто высказывается мнение, что особенности «Я» родителей детей с РДА возникают вторично, так как аутичный ребенок, с рождения не проявляющий инстинктивной привязанности к ним, не «запускает» специфической родительской программы. Однако вопрос о психологических факторах Я-структуры матерей и отцов детей с РДА, влияющих на формирование аутизма, все еще остается недостаточно изученным и поэтому высоко актуальным.

В соответствии с целью и задачами исследования были выбраны методики направленные на изучение Я-структуры родителей детей с РДА – «Я структурный тест Аммона» (ISTA), представляющий собой стандартный перечень, включающий 220 утверждений, которые

оцениваются испытуемыми как верные или не верные по отношению к ним; вопросы перечня затрагивают самочувствие, настроение, особенности эмоциональных переживаний и поведения в различных жизненных ситуациях; фактически, испытуемым предлагается оценить себя и свое поведение в пространстве воображаемых обстоятельств, заданных текстовыми утверждениями. (11, 17), и Я-концепции – «Методика диагностики межличностных отношений Т.Лири», предназначенная для исследования представлений о себе и идеальном «Я», а также для изучения взаимоотношений в малых группах; с помощью данной методики выявляется преобладающий тип отношений к людям в самооценке и взаимооценке (15). В данном исследовании было обследовано 60 родителей в возрасте от 22 до 51 года (40 матерей и 20 отцов), имеющих детей с РДА в возрасте от 3 до 19 лет. Все они посещают психокоррекционные занятия в Общественном фонде психологической помощи детям с особенностями развития «Отцы и дети». В качестве контрольной группы было обследовано 60 родителей здоровых детей (40 матерей и 20 отцов) в возрасте от 23 до 51 года, имеющих детей в возрасте от 3 до 20 лет. Группы матерей в свою очередь подразделяются на две группы по критерию полной или неполной семьи. Таким образом, из 40 матерей в каждой группе 20 матерей из полных семей и 20 – матери воспитывающие детей одни.

АНАЛИЗ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ

Сравнительный анализ данных Я-структурного теста, полученных в результате обследования родителей детей с РДА и родителей здоровых детей, установил наличие достоверных различий по ряду показателей, из которых можно констатировать, что у матерей и отцов детей-аутистов достоверно более низкие показатели по конструктивным шкалам с преобладанием таких показателей у матерей. Также следует отметить, что у матерей аутистов из полных семей количество достоверно низких показателей по конструктивным шкалам больше, чем у матерей, воспитывающих детей аутистов в неполной семье. Вместе с тем, у матерей из полных семей, чаще наблюдаются повышенные показатели по деструктивным шкалам, что характеризует их как неспособных устанавливать межличност-

ные контакты, испытывающих трудности в проявлении эмоций, чувств, опасаящихся принимать на себя ответственность, бессильных, ощущающих пустоту и скуку. Им в большей степени, чем матерям здоровых детей, свойственны склонность к симбиотическому слиянию и трудности в поддержании устойчивых продуктивных контактов, ощущение собственной слабости, беспомощности, незащищенности. Матери детей с РДА отличаются от матерей здоровых детей более низкой самооценкой и зависимостью от окружающих. Они в большей степени склонны к неприятию чужой телесности и нарушению способности ощущать межлическую основу сексуальности. Одновременно с этим матерям аутистов в большей степени свойственна переоценка реальных угроз, чрезмерная выраженность телесных вегетативных компонентов эмоциональных реакций, плохая организация активности в ситуациях опасности, боязнь установления новых контактов и близких отношений, затруднения в концентрации внимания. Важным представляется также более выраженное, чем у матерей контрольной группы, стремление к избеганию социальных контактов, нежелание вести конструктивную дискуссию, неприятие своей и чужой эмоциональной экспрессии, неприятие проблем окружающих, недостаточная ориентация в сложной интерперсональной действительности, ощущение эмоциональной пустоты и общее снижение предметной действительности.

Следует отметить, что все вышеперечисленные характеристики в большей степени, относятся к матерям аутистов из полных семей. Матерям-одиночкам в большей степени свойственны снижение активности, нарушение способности к адекватному эмоциональному отреагированию в межличностном взаимодействии, трудности в установке и контроле межличностной дистанции, чрезмерная зависимость от установок, норм и требований, склонность к гиперадаптации к внешней среде. Они не способны в достаточной степени рефлексировать, отслеживать и отстаивать свои потребности и интересы, неспособны четко отделять свои чувства и переживания от чувств и переживаний других, «неспособны говорить нет». Большинство перечисленных характеристик указывают на недостаточную сформированность функций Эго и на нарушения, возникшие еще в раннем детстве. И, следовательно, можно с достаточной долей

вероятности говорить о том, что эти особенности структуры личности матерей аутистов являются не результатом жизни с аутичным ребенком, а результатом недоразвитости этих функций на предэдипальной стадии развития. Также, исходя из полученных результатов, можно предположить, что именно особенности родительской структуры личности являются одной из основных причин развития аутизма у ребенка.

Дефицит конструктивности отцов аутистов выражается, как правило, в неуверенности, несамостоятельности, склонности избегать каких-либо конфронтаций по причине отсутствия навыков разрешения конфликтов или из-за боязни разрыва симбиотических отношений. Для них также характерна неразвитая способность адекватного эмоционального отреагирования в межличностных отношениях, они не способны поддерживать теплые доверительные отношения, а установив их, не могут отстоять своих целей и предпочтений. Отцы детей с РДА могут производить впечатление формальных, сухих, излишне педантичных. В их поведении проявляется диссоциация сознательного и бессознательного, прошлого, настоящего и будущего, актуально наличного и потенциально присутствующего, дисбаланс мыслей и чувств, эмоций и действий, жесткая ориентация на сугубо рациональное постижение действительности, не допускающая интуитивных и чувственных решений, рассогласованность телесной и душевной жизни, неспособность к фантазиям, мечтам, определенное обеднение эмоциональных переживаний и впечатлений вследствие зачастую гипертрофированной склонности к рационализации и вербализации чувственных образов; нечувствительность к насущным потребностям организма (сон, усталость, голод и т.п.); жесткость используемых механизмов защиты, отделяющих эмоциональные компоненты впечатлений и проецирующих их во внешний мир. Невозможность адекватно воспринимать собственные чувства и потребности делает этих людей нечувствительными к эмоциям и потребностям других, в пределе реальный мир окружающих живых людей замещается совокупностью собственных проекций. В интеллектуальной деятельности они склонны к систематизации и классификации.

В сравнении с матерями детей с РДА у отцов не так сильно выражена деструктивная тревога и конструктивный нарциссизм, как у матерей. Матерям аутистов по сравнению с отцами в большей степени свойственна неадекватная переоценка реальных угроз, трудностей, проблем; выраженность телесных вегетативных компонентов эмоциональных реакций; выраженные опасения перед собственным личным будущим; неспособность обращаться за помощью и поддержкой в трудных жизненных ситуациях. Для лиц с высокими показателями по шкале деструктивного страха характерны повышенная тревожность, склонность к беспокойству и волнениям даже по самым незначительным поводам, трудности в организации собственной активности, частое ощущение недостаточности контроля над ситуацией, нерешительность, робость, стеснительность. Они, как правило, испытывают огромные трудности в самореализации, расширении часто ограниченного жизненного опыта, ощущают беспомощность в ситуациях, требующих мобилизации и подтверждения идентичности, переполнены всевозможными опасениями относительно своего будущего, не способны по настоящему доверять ни себе, ни окружающим.

В рамках теории личности Г.Аммона деформация или недоразвитие центральных Я-функций являются следствием проблем симбиотической стадии становления личности. При этом дефицитарная сформированность признается более грубым нарушением, чем их деструктивное развитие, поскольку порождает нарушения дифференциации психических функций, снижает интенсивность динамических межличностных взаимодействий. Полученные результаты показывают, что матери, в основном из полных семей и, в меньшей степени, матери-одиночки и отцы аутистов отличаются от здоровой выборки преимущественно более высокой деструктивностью. Данные сравнительного анализа показателей ISTA родителей здоровых детей и родителей детей с РДА дают основания констатировать наличие у них признаков нарушений сформированности Я-функций, т.е. позволяют предполагать нарушения предэдипального периода развития. Вероятно, именно это недостаточное развитие центральных функций «Я» может предопределять последующие проблемы межличностного взаимодействия родителей детей с РДА.

Сравнительный анализ данных методики Т.Лири (ДМО), полученных в результате обследования родителей детей с РДА и родителей здоровых детей, установил наличие достоверных отличий по ряду показателей, из которых можно констатировать, что у матерей и отцов детей с аутизмом достоверно более низкие значения по показателям авторитарного и альтруистического типов отношений с преобладанием альтруистического типа отношений у матерей. Также следует отметить, что понижение по шкалам авторитарного, сотрудничающего и альтруистического типов в большей степени свойственно матерям-одиночкам. У отцов в большей степени по сравнению с матерями выражен агрессивный тип отношений и в меньшей – по сравнению с отцами в контрольной группе – независимодоминирующий тип отношений.

Следовательно, можно охарактеризовать матерей детей с РДА как избыточно пассивных, застенчивых, робких в межличностных отношениях. По сравнению с контрольной группой матерей у них значительно снижена мотивация к достижениям, а также понижен уровень притязаний. Их социальное поведение характеризуется отсутствием властности, они склонны к легкому принятию мнения большинства, согласны с авторитетными суждениями. Нежелание и неумение брать на себя ответственность за работу группы и слабо выраженная тенденция к лидерству также свойственны этой группе матерей. Им в меньшей степени, чем матерям здоровых детей свойственен оптимизм в межличностных отношениях. Также для поведения матерей аутичных детей в меньшей степени, чем для матерей здоровых детей, характерны экстраверсия, тяга к сотрудничеству, способность ладить с людьми, склонность к компромиссам, избегание спорных точек зрения. Для них в большей мере важны внутренние ценности, чем внешняя гармония. Их социальное поведение отличается менее выраженным дружелюбием и стремлением к взаимодействию, чем у матерей контрольной группы. Пониженная, в сравнении с контрольной группой матерей, откликаемость на средовые воздействия и меньшая зависимость самооценки от мнения значимых других также свойственны матерям аутистов, причем в большей степени эти характеристики ближе матерям, которые воспитывают аутичных детей одни. Также всем матерям детей с РДА и

матерям-одиночкам в частности не свойственно стремление оказывать помощь другим людям, т.к. они полагают, что каждый должен самостоятельно справляться со своими трудностями. Они недостаточно внимательны к заботам и проблемам других людей.

Отцов аутичных детей с точки зрения типа межличностных отношений можно охарактеризовать как избыточно пассивных, застенчивых и робких. Им в меньшей степени, чем отцам здоровых детей, свойственен независимо-доминирующий и альтруистический тип отношений. Их социальное поведение характеризуется отсутствием властности и стремления навязывать свою точку зрения. Они склонны к легкому принятию мнения большинства, согласию с авторитетными суждениям, не умеют брать на себя ответственность за работу группы, тенденция к лидерству у таких отцов слабо выражена. В сравнении с отцами контрольной группы у отцов аутистов отмечается отсутствие стремления поставить себя выше других путем демонстрации своего превосходства, отсутствие излишней самоуверенности, эгоизма, возможно наличие некоторой тревожности вследствие сомнения в собственных силах. У отцов аутичных детей очень слабо выражено по сравнению с отцами контрольной группы стремление оказывать помощь другим людям, нет достаточной доли внимания к заботам и проблемам других людей. Они полагают, что каждый должен самостоятельно справляться со своими трудностями.

Также следует отметить, что матери аутичных детей воспринимают себя скромными и застенчивыми, уступчивыми, пассивными, неуверенными в себе и зависимыми от мнения окружающих, испытывающими потребность в привязанности, т.е. в целом соответствуют конформному типу поведения. Однако, в то же время отцы воспринимают матерей как достаточно уверенных в себе, упорных, настойчивых, обладающих организаторскими свойствами, адекватно оценивающих отношение к себе других, способных принимать решения.

В сравнении с отцами детей с РДА у матерей не так сильно выражен агрессивный тип отношений и более выражен сотрудничающий и альтруистический. Матерям аутистов по сравнению с отцами в меньшей степени свойственны требовательность к людям, категоричность, агрессивность и непримиримость к чужим просчетам.

Они менее ригидны в своих установках, менее спонтанны и упорны в достижении целей. Матерям аутичных детей в меньшей степени, чем отцам, свойственно повышенное чувство справедливости, обидчивость, прямолинейность. По сравнению с матерями отцы аутистов более эмоционально устойчивы, их уровень тревоги значительно ниже, они меньше зависят от оценки других и проявляют меньшую заинтересованность в сотрудничестве. Матерям аутистов из полных семей в большей степени, чем отцам, необходимо производить приятное впечатление, нравиться окружающим, соответствовать социальным нормам поведения. Для матерей аутистов больше, чем для отцов, характерна поверхностная эмоциональная вовлеченность, они более доброжелательны и милосердны. Часто такое поведение скрывает за собой противоположные качества – проблема подавленной или вытесненной агрессии, которая вызывает повышенную тревогу, склонность к психосоматическим заболеваниям и как результат блокирование поведенческих реакций.

Все это указывает на использование во взаимоотношениях родителей примитивных механизмов защиты (проекция, примитивная идеализация, расщепления), свойственных личностям с пограничным уровнем организации личности, а также показывает степень дезинтегрированности Я-концепции родителей таких детей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования было выяснено, что родителям аутистов свойственны особенности формирования Я-структуры по деструктивно-дефицитарному типу, не свойственные родителям здоровых детей. А наличие таких защит, как проекция, проективная идентификация, расщепление, а также дезинтеграция «Я», указывают на формирование структуры личности пограничного или нарцисстического уровня. Можно говорить о наличии у матерей аутистов затопляющего страха, не имеющего ясно очерченной цели, который вызывает дезинтеграцию «Я» и по сути является страхом уничтожения, который направлен на внешнее окружение и в первую очередь на симбиотически привязанных к ним детей. Родители, которые сами преисполнены страха, способствуют развитию у ребенка образа угрожающего и опасного мира, с кото-

рым лучше не связываться, и, соответственно, избегать его. Жестко закрытые границы «Я» зачастую проявляются в тенденции отделять чувства, в психосоматике, в несчастных случаях и проекциях. Также, учитывая склонность таких родителей к симбиотическому слиянию и неприятию чужой телесности, можно предположить, что аутичный ребенок является заложником проекций и «больным» органом одного из родителей. А наличие такого ребенка становится для него нарциссической травмой. Т.о. ребенку постоянно транслируется, что он является нежелательным, приносящим боль и страдание, и, следовательно, является отвергаемым. При этом такой ребенок – необходимый элемент для успешного функционирования родителей во внешнем мире. Он по сути является «сборщиком» всех родительских проекций и отвергаемых, не признаваемых, но свойственных им качеств.

Следует помнить, что компоненты Я-структуры, изначально заложенные как основа «Я», только в ходе развития и взаимодействия ребенка с матерью и с окружающей группой формируются в функции «Я». В зависимости от того, как концептуализирована группа, структура «Я» ребенка может развиваться конструктивно, деструктивно или дефицитарно. В связи с этим подтверждается, что работая с аутичным ребенком, нельзя не учитывать личностных особенностей родителей, а следовательно, в терапии должен участвовать не только ребенок, но и семья в целом или хотя бы мать как наиболее симбиотически привязанный к ребенку человек и от чьего состояния напрямую зависит состояние ребенка.

Используя полученные данные, можно составить наиболее адекватный план помощи родителям, и в первую очередь корректировать те компоненты Я-структуры, которые оказались за рамками нормы. Это очень важно, т.к. именно родители аутичного ребенка, и в первую очередь мать, могут эффективно помочь ему преодолеть свои проблемы, справиться со своими трудностями ценой собственных изменений. Во всех остальных случаях требование от аутичного ребенка изменений неправомерно, т.к. в диаде «мать – ребенок» нагрузка перекладывается на наиболее слабого члена диады. И следовательно, к ребенку предъявляются повышенные требования, в то время как ко взрослому, кроме заботы и ухода, не предъявляются

вовсе. Учитывая симбиотичность пары «мать – аутичный ребенок», возможность его изменения вслед за матерью кажется в большей степени возможной, чем возможность измениться самостоятельно. Причем эти изменения должны касаться как способности матери понимать первичный язык и использовать его в общении с ребенком, так и изменения некоторых личностных черт, мешающих адекватной оценке ситуации жизни с таким ребенком.

В результате проведенной работы можно с большой долей вероятности говорить о том, что нарушения в структуре «Я» родителей детей с РДА является не последней причиной в формировании аутизма у ребенка. Таким образом, работа с родителями аутичных детей является необходимой составляющей терапевтического процесса.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Винникот Д.В. Маленькие дети и их матери. М., 1998.
2. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. СПб, 1998.
3. Дольго Ф. На стороне ребенка. СПб, 1997.
4. Каверин В. Два капитана. М., 1976.
5. Каган В.Е. Аутизм у детей. Л., 1981.
6. Каган В.Е. Неконтактный ребенок. Л., 1989.
7. Кохут Х. Восстановление самости. М., 2002.
8. Либлинг М.М. Холдинг-терапия как форма психологической помощи семье, имеющей аутичного ребенка // Дефектология, №3, 1996.
9. Менегетти А. Психология жизни. 10 лекций по онтопсихологии. СПб, 1992.
10. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи. М., 1997.
11. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред.
12. М.М.Кабанова, Н.Г.Незнанова. СПб., 2003.
13. Пордер М. Концепция пограничного пациента // Журнал практической психологии и психоанализа, №2, 2003.
14. Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста./ Сб. научн. трудов под ред. Вроно М.Ш. М., 1986.

15. Психоаналитические термины и понятия: Словарь. М., 2000.
16. Собчик Л.Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений. Практическое руководство. СПб, 2002.
17. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. Том 1. М., 2000.
18. Я-структурный тест Аммона. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне. СПб, 1998.
19. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // *Nervous Child*, №2, 1943.

Неменчинская С.М.
Особенности семейного окружения детей
с синдромом раннего детского аутизма

В связи с рождением ребенка с РДА у родителей изменяется взгляд на мир, отношение к самим себе, своему ребенку, который не такой, как все, к другим людям и жизни вообще. Поэтому важно исследовать не только самих детей с проблемами в развитии, но и их семьи, которые также нуждаются в профессиональной психологической помощи и социальной поддержке. Только при решении этой проблемы можно обеспечить реабилитацию и интеграцию детей в общество.

Целью настоящего исследования являлось выявление особенностей семейного окружения ребенка с синдромом РДА.

Экспериментально-психологическое исследование особенностей семейного окружения ребенка с синдромом раннего детского аутизма включало в себя исследование стиля воспитания, социального климата в семье, типа родительских отношений, а также корреляционный анализ результатов исследования по всей выборке, кластерный анализ и обработку полученных данных с помощью нейросети.

Для решения поставленных задач использовались: клинико-психологический и экспериментально-психологический методы. Экспериментально-психологический метод представлен следующими методиками: «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ), шкала семейного окружения (ШСО), тест-опросник родительского отношения А.Я.Варга, В.В.Столина.

Было исследовано 48 семей. Экспериментальная группа составила 24 семьи (32 человека). Контрольная группа – 24 семьи (38 человек). В экспериментальной группе представлено 14 неполных семей и 10 полных. В контрольной группе – 10 неполных семей и 14 полных. В экспериментальной группе представлены семьи, воспитывающие детей с синдромом РДА в возрасте от 6 до 10 лет, следующего возрастного состава: 6 – 7 лет – 8 человек (33%); 8 – 9 лет – 10 человек (42%); 10 лет – 6 человек (25%); из них мальчиков – 75%, девочек – 25%.

Контрольная группа была сформирована из семей, воспитывающих здоровых детей, со сходным возрастным составом: 6 – 7 лет – 8 человек (33%); 8 – 9 лет – 9 человек (38%); 10 лет – 7 человек

(29%); из них мальчиков – 55%, девочек – 45%. В обследуемых семьях большинство детей (85%) имели выраженную аутистическую симптоматику различного генеза.

В 5 семьях исследуемой группы, воспитывающих детей с синдромом, РДА имеется 2 ребенка, при этом второй ребенок не имеет каких-либо психических расстройств. В контрольной группе семей со здоровыми детьми данное обстоятельство учтено и имеется 7 семей с 2 детьми, правда без учета возраста и пола.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Корреляционный анализ выявил различия в структуре взаимосвязей между шкалами, определяющими тип неправильного воспитания, социальный климат в семье и тип родительского отношения, полученных в семьях с аутичным ребенком и семьях со здоровым ребенком.

В целом можно отметить, что родителям, воспитывающим аутичного ребенка, свойственна некоторая противоречивость в выборе типа родительского отношения и стиля семейного воспитания по сравнению с родителями, имеющими здорового ребенка. Испытывая сложности с эмоциональным принятием ребенка, они в то же время демонстрируют гиперопеку, стараются удовлетворить максимальное количество потребностей ребенка, оградить его от внешних трудностей, которые ставит перед ребенком среда.

Можно сказать, что родителям аутичного ребенка чаще, чем родителям, воспитывающим здоровых детей, свойственен тип семейного воспитания «эмоциональное отвержение». При этом в таких семьях отмечаются высокие показатели по шкале «гиперпротекция», что можно рассматривать как защитную реакцию родителей, которые испытывают чувство вины или эмоционально не принимают своего ребенка.

Также можно с уверенностью заявить, что из-за болезни ребенка родители в подобных семьях испытывают страх потерять ребенка, имеют сложности в выборе адекватного типа воспитания.

В семьях, имеющих ребенка с синдромом РДА, отмечается некоторая противоречивость в предъявляемом типе родительского отношения по сравнению с семьями со здоровым ребенком. При наличии родительского отношения по типу «кооперация» выявляется такой тип родительского отношения, как «эмоциональное отвержение» ($r=0,34$, $p<0,05$).

В то же время, если родитель испытывает сложности в эмоциональном принятии своего ребенка, то он склонен относиться к нему, как к «маленькому неудачнику». Родители воспринимают аутичного ребенка инфантильным, неуспешным и неприспособленным.

Семьи с аутичными детьми меньше, чем семьи со здоровыми детьми, направлены на активный отдых. Им в большей степени свойственно проводить свое время дома в кругу семьи. Довольно часто такие семьи из-за постановки ребенку психиатрического диагноза скрывают это и поэтому отдаляются от родственников, рвут отношения с друзьями. Тем самым семья «изолируется» и остается практически один на один со своими проблемами.

Кластерный анализ и нейросетевая обработка позволили разделить всю выборку на 2 класса: семьи, воспитывающие ребенка с синдромом РДА и семьи со здоровым ребенком. Некоторая нечеткость разделения, т.е. то, что ряд семей, воспитывающих аутичного ребенка, попал в класс к семьям, имеющим здорового ребенка, произошла из-за того, что семья – это сложная, многофакторная система, и наличие диагноза у ребенка не всегда является решающим.

Также отобранные нейронной сетью факторы, определяющие социальный климат, тип родительского отношения и стиль семейного воспитания, хорошо соответствуют результатам, полученным с помощью корреляционного анализа.

На основе проведенного исследования можно сделать вывод, что семейное окружение аутичного ребенка, определяемое социальным климатом, типом родительского отношения и стилем семейного воспитания, отличается от семейного окружения здорового ребенка. Аналогичные выводы делаются и в ряде других исследований, посвященных изучению семьи ребенка с синдромом РДА (Баенская Е.Р., 1995; Печникова Л.С., 1995).

На основании результатов проведенного экспериментально-психологического исследования можно сделать следующие выводы.

С помощью математических методов были выявлены следующий ряд критериев, определяющих социальный климат, тип родительского отношения и стиль семейного воспитания, которые имеют определенную взаимосвязь с наличием аутичного ребенка в семье: гипопротекция, фобия утраты ребенка, чрезмерность требований-

запретов, неустойчивость стиля воспитания, чрезмерность санкций, предпочтение мужских качеств, минимальность санкций, «принятие – отвержение», «кооперация», «маленький неудачник», экспрессивность, ориентация на активный отдых, морально-нравственный аспект.

Нейросетевая обработка и кластерный анализ позволили разделить всю выборку на два класса: семьи с аутичным ребенком и семьи со здоровым ребенком. В нашем случае фактор наличия в семье аутичного ребенка оказался разделяющим. Это позволило говорить о различиях в особенностях семейного окружения.

В семьях детей, страдающих РДА, уровень эмоционального отвержения достоверно выше, чем в семьях здоровых детей. Это вызвано минимальностью требований и санкций, предъявляемых ребенку, высокой степенью запретов, страхом утраты ребенка, отсутствием четких критериев правильного воспитания ребенка.

Большинство родителей, воспитывающих аутичного ребенка, испытывают трудности с эмоциональным принятием ребенка, неадекватно оценивают его особенности и возможности, что приводит к негативному отношению к нему.

Отличия в социальном климате семей, воспитывающих аутичного ребенка, и семей, имеющих здорового ребенка, обнаружены не были. За исключением фактора, определяющего направленность семьи на активный отдых, которая оказалась выше у семей со здоровым ребенком.

БИБЛИОГРАФИЯ

Лебединская К.С., Никольская О.С. Диагностика раннего детского аутизма: нач. проявления. М., 1991.

Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М., 2000.

Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. СПб, 2003.

Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В. Психология и психотерапия семьи. СПб, 2002.

Тихомирова А.Е.

Уровень агрессивности и жизнестойкости у родителей детей с синдромом раннего детского аутизма

В настоящее время актуальна проблема методической разработки и научного обоснования способов психокоррекционной работы с детьми-аутистами, а также с семьями, членами которых являются дети с РДА. Разработка же коррекционных программ немыслима без изучения факторов, оказывающих в той или иной мере существенное влияние на возникновение и дальнейшее течение детского аутизма.

Можно предположить, что при воспитании «особого» ребёнка у матерей нередко снижается уровень жизнестойкости, т.к. воспитывая такого ребенка, семья находится в состоянии стресса и эмоциональной напряжённости. А также снижен или подавлен уровень агрессии, в связи с боязнью нанести ребёнку ещё больший эмоциональный дискомфорт.

Автором данной статьи было проведено исследование уровня агрессивности, её проявления и уровня жизнестойкости у матерей детей с синдромом РДА. Полученные данные сравнивались с показателями матерей здоровых детей. В качестве психодиагностических методов исследования были использованы: методика диагностики показателей и форм агрессии Басса – Дарки; методика диагностики уровня агрессивности Ассингера; методика жизнестойкости и её компонентов Леонтьева.

Для начала рассмотрим подробнее такие понятия, как агрессия, агрессивность и жизнестойкость.

Агрессия. В современной психологии до сих пор не существует однозначной трактовки такого многогранного понятия, как агрессия. Некоторые исследователи рассматривают агрессию как важную характеристику поведения индивида, направленного на преодоление препятствий, в качестве которых могут выступать как внешние предметы, события, люди и т.д, так и собственные психические особенности, акцентируя внимание на адаптационном аспекте агрессивных проявлений.

Большинство же современных теорий, затрагивающих проблему агрессивного поведения, допускают, что оно определяется внешними факторами, имеющими отношение к ситуации или к окружающей обстановке, когнитивными переменными и системами, а также внутренними факторами, отражающими характерные черты и склонности конкретного агрессора.

Что касается факторов возникновения и закрепления агрессивных реакций, можно говорить о том, что люди черпают знания о моделях агрессивного поведения из трех основных источников на разных возрастных этапах.

В первую очередь, это семья, которая может одновременно демонстрировать модели агрессивного поведения и обеспечивать его подкрепление. Вероятность агрессивного поведения детей, которое далее может стать и чертой личности на всю жизнь, зависит от того, сталкиваются ли они с проявлениями агрессии у себя дома. Агрессивному поведению также обучаются при взаимодействии со сверстниками, зачастую узнавая о преимуществах такого поведения во время игр. И, наконец, учатся агрессивным реакциям не только на реальных примерах (поведение сверстников и членов семьи), но и на символических, предлагаемых масс-медиа, ведь и вербальная, и физическая агрессия на наших телеэкранах вовсе не редкость.

Многие авторы пишут о том, что чтобы те или иные действия были квалифицированы как агрессия, они должны включать в себя намерение обиды или оскорбления, а не просто приводить к таким последствиям.

Примем за рабочее следующее определение этого явления. Агрессия — это любая форма поведения, нацеленного на оскорбление или причинение вреда другому живому существу, не желающему подобного обращения.

Это определение подчеркивает, что агрессия — это модель поведения, а не эмоция или мотив. Хотя агрессия часто ассоциируется с негативными эмоциями — такими как злость; с мотивами — такими как стремление навредить, или оскорбить. Конечно, эти факторы оказывают огромное влияние на агрессивное поведение, но их наличие не является необходимым условием для подобного поведения.

В отличие от агрессии, агрессивность – это первичный общий потенциал активности, уровень целенаправленности и целесообразности душевной деятельности, которым располагает личность для решения задач адаптации, поддержания и развития своей Я-идентичности.

«Среди форм агрессивных реакций, встречающихся в различных источниках, необходимо выделить следующие:

- физическая агрессия (нападение) – использование физической силы против другого лица;

- косвенная агрессия – действия, как окольными путями направленные на другое лицо (сплетни, злобные шутки), так и ни на кого не направленные взрывы ярости (крик, топанье ногами, битье кулаками по столу, хлопанье дверьми и др.);

- вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг, ссора), так и через содержание словесных ответов (угрозы, проклятия, ругань);

- склонность к раздражению – готовность к проявлению при малейшем возбуждении вспыльчивости, резкости, грубости;

- негативизм – оппозиционная манера поведения, обычно направленная против авторитета или руководства. Может нарастать от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся законов и обычаев.

Из форм враждебных реакций отмечаются:

- обида – зависть и ненависть к окружающим, обусловленные чувством горечи, гнева на весь мир за действительные или мнимые страдания;

- подозрительность – недоверие и осторожность по отношению к людям, основанные на убеждении, что окружающие намерены причинить вред» [14].

Агрессивность. Поведение, как считает большинство социальных психологов, является совместной функцией отдельной личности и ее окружения. Иными словами, поведение индивида в обществе определяется воздействием ситуации, в которой он оказывается, а также теми качествами, эмоциями и склонностями, которые он проявляет в этой ситуации.

В повседневной жизни мы опираемся на мнение, что черты характера — это единственная реальность, считая, что на поведение людей не влияют ни время, ни обстоятельства.

Как это ни удивительно, но некоторые исследователи подвергают сомнению подобные предположения. Они утверждают, что человеческие существа на самом деле едва ли склонны вести себя, думать или чувствовать в одной и той же манере независимо от течения времени или различных ситуаций, и заявляют, что реакции людей в значительной степени обусловлены текущими ситуациями и с очевидностью меняются в ответ на перемену во внешних условиях. Эти исследователи также считают, что мы воспринимаем поведение других как величину постоянную, что не всегда соответствует действительности, главным образом потому, что это облегчает задачу понимания людей и прогнозирования их будущих поступков. Как только мы приписываем другим людям определенные черты, мы можем на этом основании прогнозировать их будущее поведение.

В то же время другие исследователи утверждают, что поведение людей на самом деле остается неизменным на протяжении длительного времени и не зависит от обстоятельств. Несмотря на то что они не отрицают важную роль ситуационных факторов в формировании человеческого поведения, они настаивают на том, что люди действительно обладают специфическими чертами, информация о которых может быть полезна для понимания и прогнозирования их поступков. В качестве подтверждения подобных заявлений они ссылаются на исследования, свидетельствующие о том, что люди проявляют поразительную последовательность во многих аспектах поведения даже после сравнительно длительных временных интервалов. Такое постоянство, конечно, характерно не для всех черт характера. Но почти каждый, похоже, склонен к одной и той же модели поведения, для актуализации которой необходимы определенные черты и, по крайней мере, определенная ситуация.

Несмотря на то, что этот спор до сих пор продолжается, все большее число данных свидетельствует о том, что черты характера, обуславливающие склонность к агрессивному поведению, сами по себе являются достаточно устойчивыми.

Также важно отметить существование конструктивной агрессивности, которая представляет собой первоначальную открытость ребенка окружающей среде в смысле стремления к установлению контактов и любопытства. Иными словами, это первичный общий потенциал активности, уровень целенаправленности и целесообразности душевной деятельности, которым располагает личность для решения задач адаптации, поддержания и развития своей Я-идентичности.

«Конструктивная агрессивность обеспечивает активно-исследовательское отношение к миру, деятельный, творческий подход к жизни, способность к контактам, к открытому выражению своих эмоциональных переживаний, предпочтений, точек зрения, мнений, идей, к формированию, удержанию и достижению собственных жизненных целей и их безбоязненному отстаиванию в конструктивно-агрессивном социально-энергетическом столкновении (дискуссиях) с другими лицами и группами; установление продуктивных межличностных контактов и их поддержание, несмотря на возможные противоречия; способность к сопереживанию, широкий круг интересов и богатый мир фантазий.

Конструктивно-агрессивный подход в человеческих отношениях является развивающим, стимулирующим и плодотворным. Он представляет собой установление настоящего человеческого контакта, развитие отношений взаимопритяжения и дружбы.

Вместе с тем, в зависимости от характера и структуры групподинамических отношений, прежде всего, в первичной (родительская семья), а в последующем и референтных (ближайшее окружение) группах, агрессия может терять свое активно-приспособительное значение, становясь дезинтегрирующим и дезадаптирующим фактором.» [4]

Именно поэтому так важно, чтобы ребёнок рос в семье, где родители имеют нормальный уровень агрессивности. В случае же пониженного или наоборот повышенного уровня агрессивности можно предположить, что ребёнок будет развиваться с особенностями эмоциональной сферы.

В изучении проблемы возникновения аутизма и способах психокоррекционной работы принципиально важно у матерей таких детей

рассматривать и агрессию как проявление в поведении, и агрессивность как черту личности.

Многими исследователями подчеркивается роль эмоционального состояния матерей, отражающаяся в способах воспитания ребенка. Один из таких типов – это мать, которая не проявляет как радостные и позитивные эмоции, адекватные происходящей ситуации, так и негативные и агрессивные. Исходя из этого, можно предположить, что уровень агрессивности матери напрямую связан с эмоциональной сферой ребёнка и особенностями его развития.

Жизнестойкость и её структура. Согласно Большому англо-русскому словарю, жизнестойкость переводится как “hardiness” – выносливость, крепость, здоровье, устойчивость, смелость, отвага, неустрашимость, дерзкость, наглость. Соответственно “hardy” – выносливый, стойкий, закаленный, смелый, отважный, дерзкий, безрассудный; выносливый человек.

Феноменологию, отражающую различные аспекты личностного потенциала, в разных подходах в зарубежной и отечественной психологии обозначали такими понятиями как воля, сила Эго, внутренняя опора, локус контроля, ориентация на действие, воля к смыслу и др. Наиболее полно, с точки зрения Д.А.Леонтьева, этому понятию в зарубежной психологии соответствует понятие «жизнестойкость» hardiness, введенное С.Мадди, которое отражает психологическую живучесть и расширенную эффективность человека, а также является показателем психического здоровья человека.

В отечественной литературе принято переводить «hardiness» как «стойкость» или «жизнестойкость» (Д.А.Леонтьев), которая представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром. Через жизнестойкость человек может одновременно развиваться, обогащать свой потенциал и совладать со стрессами, встречающимися на его жизненном пути. Также он вводит понятие личностного потенциала, который отражает меру преодоления личностью заданных обстоятельств, в конечном счете, преодоление личностью самой себя, а также меру прилагаемых им усилий по работе над собой и над обстоятельствами своей жизни.

Можно предположить, что при воспитании «особого» ребёнка у матерей нередко снижается уровень жизнестойкости, т.к., воспитыв-

вая такого ребёнка, семья находится в состоянии стресса и эмоциональной напряжённости.

«Жизнестойкость по Д.А.Леонтьеву включает в себя: вовлечённость, контроль, принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счёт стойкого совладания со стрессами и восприятия их как менее значимых.

Вовлечённость определяется как «убеждённость в том, что вовлечённость в происходящее даёт максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности» (СМадди, 1998). Человек с развитым компонентом вовлечённости получает удовольствие от собственной деятельности. В противоположность этому, отсутствие подобной убеждённости порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни. «Если вы чувствуете уверенность в себе и в том, что мир великодушен, вам присуща вовлечённость» (С.Мадди, 1987).

Контроль представляет собой убеждённость в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Противоположность этому – ощущение собственной беспомощности. Человек с сильно развитым компонентом контроля ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь.

Принятие риска – убеждённость человека в том, что всё то, что с ним случается, способствует его развитию за счёт знаний, извлекаемых из опыта, – неважно, позитивного или негативного. Человек, рассматривающий жизнь как способ приобретения опыта, готов действовать в отсутствие надёжных гарантий успеха на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности объединяющим жизнь личности. В основе принятия риска лежит идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование.

Компоненты жизнестойкости развиваются в детстве и отчасти в подростковом возрасте, хотя их можно развивать и позднее. Их развитие решающим образом зависит от отношений родителей с ребёнком. В частности, для развития компонента участия принципиально важно принятие и поддержка, любовь и одобрение со стороны родителей. Для развития компонента контроля важна поддержка ини-

циативы ребёнка, его стремления справляться с задачами все возрастающей сложности на грани своих возможностей. Для развития принятия риска важно богатство впечатлений, изменчивость и неоднородные среды.

Мадди подчёркивает важность выраженности всех трех компонентов для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности и активности в стрессогенных условиях. Можно говорить как об индивидуальных различиях каждого из трёх компонентов в составе жизнестойкости, так и о необходимости их согласованности между собой и общей (суммарной) мерой жизнестойкости. [10]

АНАЛИЗ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОЛУЧЕННЫХ ДАННЫХ

Сравнительный анализ данных, полученных в результате обследования родителей детей с РДА и родителей здоровых детей по методике Басса-Дарки, установил наличие достоверных различий по ряду показателей.

Показатели родителей здоровых детей характеризуются достоверно более высокими значениями, чем у родителей детей с РДА и не выходят за рамки нормы. У контрольной группы, по сравнению с экспериментальной группой, уровень физической, вербальной и косвенной агрессии умеренный. Это говорит о том, что родители здоровых детей используют агрессию только в определенных случаях, подходящих ситуации, не злоупотребляя ей в качестве применения физической силы и скандалов. Раздражительность и подозрительность у таких матерей также укладывается в рамки нормы и, по мнению автора, говорит о том, что они не склонны к вспыльчивости, резкости и грубости, не испытывают излишнего недоверия и осторожности по отношению к людям. Значения по таким показателям, как негативизм и обида, напротив ниже, чем у экспериментальной группы. Это свидетельствует о том, что они не склонны проявлять излишнюю зависть и ненависть к окружающим.

Матери детей с аутизмом характеризуются достоверно более низкими, чем у матерей здоровых детей, значениями по физической, вербальной и косвенной агрессии, раздражительности, подозрительности, индексу агрессивности. Это говорит о том, что таким

матерям не свойственно выражать свои негативные чувства, как с использованием физической силы, так и через словесные обращения к другим лицам. Принимая показатели родителей здоровых детей за норму, можно предположить, что матерям аутичных детей свойственно подавлять негативные эмоции внутри себя, не давая им адекватного выхода.

В тоже время у матерей детей с РДА достоверно выше по сравнению с контрольной группой значения по шкале «обида», что подтверждает отсутствие навыков отреагирования эмоций. Как считают авторы методики, высокие значения по шкале «обида» говорят о проявлении зависти и ненависти к окружающим, обусловленных чувством гнева, недовольством кем-то именно (в данном случае можно предположить, что собственным ребёнком) или всем миром за действительные или мнимые страдания.

В широком смысле агрессия – это проявление активности в поведении. Вместо того, чтобы в нужном месте проявить агрессию (адекватно ситуации), такая мать подавляет её, трансформируя в обиду. Также можно говорить о том, что обида близка по своему содержанию к депрессии. То есть у таких матерей отсутствует склонность к активности и, напротив, присутствует склонность к переживанию негативных разрушительных эмоций внутри себя. Такие особенности не могут не отражаться на психическом благополучии воспитываемого ребёнка и его эмоциональной сфере.

Сравнительный анализ данных по методике Ассингера показал, что уровень агрессивности у родителей здоровых детей достоверно выше, чем у родителей детей с РДА, но это не выходит за рамки нормы. Это означает, что уровень агрессии обследованной выборки умеренный. Согласно мнению автора данной методики, люди с таким уровнем агрессии вполне честолюбивы и самоуверенны.

Уровень агрессивности матерей детей с РДА достоверно ниже соответствующих показателей у контрольной группы, но также не выходит за рамки нормы. При этом, как отмечает Г.Аммон, «каждый человек содержит в себе потенциал, так называемый конструктивной агрессией. Под этим термином понимается стремление к освоению мира, к творческой самореализации» [1]. У матерей детей с синдромом РДА этот потенциал развит в меньшей степени, чем у

матерей здоровых детей, и так или иначе отражается и на следующем поколении, воспитываемом ими. У ребёнка прямо или косвенно подавляется инициатива, вследствие чего происходит нарушение эмоциональной сферы и возможные вытекающие из этого патологии и особенности личности.

Исследование матерей по методике диагностики степени выраженности жизнестойкости Е. И. Расказовой, Д. А. Леонтьева установило, что показатели родителей здоровых детей характеризуются достоверно более высокими значениями, чем у родителей детей с РДА. По мнению авторов методики, это означает, что такие люди успешно справляются с преодолением стресса, адаптацией в обществе, физическим, психическим и социальным здоровьем.

Сравнительный анализ данных, полученных по данной методике, установил наличие достоверных различий по всем показателям. Показатели вовлеченности, контроля, принятия риска достоверно ниже, чем у родителей здоровых детей, и уровень жизнестойкости (в сумме) также ниже, чем у контрольной группы. Это говорит о том, что родители детей с РДА «менее уверены в том, что, борясь и преодолевая трудности, можно изменить происходящее, и они могут опустить руки перед лицом трудностей. Не получают удовольствия от собственной деятельности, испытывают чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни». Такие родители не убеждены в том, что их опыт и знания способствуют их развитию, не готовы действовать без надежных гарантий успеха, на свой страх и риск» [10]. В основе принятия риска лежит идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование, что отсутствует у родителей детей с РДА. Это также подтверждается и результатами, полученными в методиках диагностики показателей и форм агрессии Басса и Дарки и диагностики агрессивности Ассингера. Наиболее ярко выраженными показателями, в которых является высокий уровень обиды, что говорит и о подавленных активности и агрессивности, которые необходимы для полноценного и уверенного развития и движения вперед, что, естественно, мешает полноценному воспитанию ребёнка.

В свою очередь, пониженный уровень жизнестойкости в сравнении с контрольной группой говорит о том, что при высоком на-

пряжении у матерей детей с РДА могут появляться усталость, депрессия, снижение работоспособности, ухудшаться здоровье, а так же они не уверены в своих силах и способностях справиться со стрессом. Всё это не может не отражаться на эмоциональном фоне матери, а следовательно и её ребёнка.

Корреляционный анализ полученных показателей по методикам диагностики уровня агрессивности Ассингера, диагностики показателей и форм агрессии Басса – Дарки и диагностики уровня жизнестойкости Д.А.Леонтьева позволил обнаружить достоверную связь между данными ряда шкал.

Суммарный показатель уровня жизнестойкости имеет положительную корреляцию с такими показателями, как вербальная агрессия, вовлеченность, контроль, индекс агрессивности, принятие риска.

Можно говорить о том, что вербальная агрессия, которая выражается в словесных выражениях своих эмоций, положительно влияет на уровень жизнестойкости. Для родителей детей с РДА характерно проявлять вербальную агрессивность, тем самым поддерживать самоконтроль.

Индекс агрессивности имеет положительную взаимосвязь с такими показателями, как вовлеченность, контроль, жизнестойкость (сумма), косвенная, физическая и вербальная агрессия.

Общий уровень агрессивности взаимосвязан с вовлеченностью в собственную деятельность и, можно предположить, что родители детей с РДА направляют свою агрессивность в русло профессиональной деятельности.

Принятие риска отрицательно коррелирует с индексом враждебности и раздражительностью. Обида положительно коррелирует с индексом враждебности и раздражительностью.

Родители детей с РДА, проявляющие раздражительность, в меньшей степени готовы признать, что всё случающееся с ними является опытом и направлено на развитие. Возможно, высокий уровень раздражительности проявляют родители, не готовые принять особенности собственного ребенка. В свою очередь раздражительность сопровождается переживанием обиды.

На основе проделанного исследования можно сделать следующие выводы.

1. 1. Уровень агрессивности родителей здоровых детей умеренный и не выходит за рамки нормы. Уровень агрессивности родителей детей с РДА достоверно ниже, чем у контрольной группы, а значения по шкале «обида» достоверно выше.

2. 2. Уровень жизнестойкости родителей детей с РДА достоверно ниже уровня жизнестойкости родителей здоровых детей.

3. 3. На основании корреляционного анализа были выявлены связи в экспериментальной и контрольной группе. В экспериментальной группе показатель жизнестойкости связан с косвенной, физической и вербальной агрессией, вовлеченностью, контролем и принятием риска. В контрольной группе показатель жизнестойкости связан с чувством вины, принятием риска, контролем, вовлеченностью и обидой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на достаточную изученность синдрома РДА, причины его возникновения, к сожалению, до сих пор до конца не определены.

В ходе работы было проведено исследование, направленное на сравнение уровня агрессивности и жизнестойкости у родителей детей с синдромом РДА и родителей здоровых детей. Было выяснено, что матерям аутистов свойственны пониженный уровень агрессивности и жизнестойкости. Можно говорить о том, что вместо того, чтобы в нужном месте проявить агрессию (адекватно ситуации), такая мать подавляет её, трансформируя в обиду. То есть у таких матерей отсутствует склонность к активности и, напротив, присутствует склонность к переживанию негативных деструктивных эмоций внутри себя. Такие особенности не могут не отражаться на психическом благополучии воспитываемого ребёнка и его эмоциональной сфере.

Пониженный же уровень жизнестойкости говорит о том, что родители детей с РДА намного менее уверены в том, что, борясь и преодолевая трудности, можно изменить происходящее. Они не убеждены в том, что их опыт и знания способствуют их развитию.

При высоком напряжении у матерей детей с РДА появляется повышенная усталость, депрессия, сбои в работе, ухудшается здоровье, а также они не уверены в своих силах и способности справиться со стрессом. Всё это также не может не отражаться на эмоциональном фоне матери, а следовательно, и её ребёнка.

Таким образом, подтверждается необходимость работы не только с самим ребёнком, но и с членами его семьи.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия // Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева – 1995, С. 94
2. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет // Дефектология. — 1995, № 5. С. 76-83.
3. Башина В.М. Аутизм в детстве - М.: «Медицина», 1999, С. 233
4. Бэрн Р., Ричардсон Д., Агрессия. СПб. 1997.
5. Винникот Д.В. Маленькие дети и их матери - М.: - «Класс» - 1998, С. 80
6. Дольто Ф. На стороне ребенка - СПб.: «Петербург - XXI век», 1997, С. 527
7. Крайг Г. Психология развития. , СПб.: Питер, 2000
8. Кревелен В. К проблеме аутизма // Детский аутизм. Хрестоматия. СПб, 2001
9. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., 1990.
10. Леонтьев Д. А, Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости – М.: Смысл, 2006
11. Мартынова И.О., Жизненные цели личности: понятия, структура, механизмы формирования. Киев: Наука думка, 1990
12. Никольская О.С., Баенская Е.Р. Либлинг М.М. Аутичный ребёнок: Пути помощи - М.: «Теревинф», 1997. С. 342
13. Печникова Л.С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом. — Автореф. дисс. М., 1997. С
14. Рсан А.А., Агрессия и агрессивность личности, Психологический журнал .М, 1996. №5.
15. Румянцева Т. Г. Понятие агрессивности в современной зарубежной психологии, 1991. № 1.

Уточкина О.В.

Динамика развития социально-психологических навыков у неконтактных детей и качество жизни их родителей

Обследование аутичных детей традиционными психологическими тестами часто связано с большими трудностями, обусловленными особенностями неконтактных детей. Как правило, успех обследования зависит от отношения ребенка к исследователю, его поведения, наличного состояния, настроения, степени тяжести аутистических проявлений. В результате публикуются противоречивые данные об интеллектуальных возможностях аутистов. Например, согласно одним источникам, показатели невербального интеллекта выше вербальных (B.J.Freeman, E.R.Ritvo, 1976), другим – наглядно-образные, практические стороны умственного развития, как правило, ощутимо отстают (В.Е.Каган, 1996). Также приводятся несогласованные данные о различных когнитивных расстройствах – селективного внимания, восприятия, процессов переработки информации, о слабой способности к символизации (A.Ross, 1980; R.Gertsen, 1983; I.Lovaas, L.Schreibman, 1973, 1987 и др.); нарушениях речи (L.Wing, 1975; D.Weber, 1978; M.Rutter, P.Howlin, 1987, 1990); о нарушениях игры (V.De Mayer, N.Mann et al., 1967; К.С.Лебединская, О.С.Никольская, 1989, 1991 и др.); нарушениях социального функционирования (G.Dawson, M.Fernland, 1987; R.Koegel, W.Frea, 1993); о недостаточной способности детей с аутизмом к пониманию эмоций, намерений, поступков других людей и прогнозирования их поведения на этой основе (В.Е.Каган, 1981, 1995; A.Leslic, U.Frith, 1985 и др.).

В связи с вышеописанными трудностями обследования аутичных детей ряд исследователей считает таких детей вообще нетестируемыми.

Некоторые авторы пытаются создать оригинальные методики для исследования аутистов, другие предлагают отменить традиционную балльную оценку.

В рамках программы ТЕАССН предлагается применять качественную шкалу при использовании уже известных методик, а также оценке коммуникативных навыков аутичных детей (Т.Пеетерс, 1997).

Таким образом, исходя из литературных источников, можно сделать вывод о разрозненности и противоречивости данных психологической диагностики и об отсутствии системы формализованной оценки аутичных (неконтактных) испытуемых.

Все вышеизложенное послужило толчком для настоящего исследования, целью которого является изучение динамики экспериментально-психологических характеристик детей с нарушениями общения в процессе интегративной психотерапии.

Нами было исследовано 50 детей с различными формами нарушения общения: энцефалопатия (16%), парааутистические состояния (4%), ранний детский аутизм (56%), аутизм при шизофрении (16%), невротические нарушения (6%) и синдром Дауна (2%).

По возрастному составу испытуемые подразделялись на группы: дошкольный возраст (5-6 лет), предшкольный (7 лет), младший школьный возраст (8-10 лет), младший подростковый (11-13 лет), старший подростковый (14-15 лет) и юношеский возраст (16-18 лет). Основную группу исследуемых составили дети младшего школьного возраста (32%), что в основном отражает частоту обращений за помощью к специалистам. Причем соотношение количества мальчиков и девочек в данной группе, равное 4:1, соответствует подобному в общей популяции для детей с тяжелыми формами неконтактности. Данная тенденция сохраняется и во всей выборке, где количество мальчиков и девочек соответственно равно 38 и 12.

Испытуемые дети были обследованы дважды: в начале и в конце сессионного года. В качестве лиц, оценивающих изменения, происходящие с каждым ребенком, выступили трое: родитель, лечащий врач и психолог. Контрольную группу составили 37 детей.

Первоначально родители только оценивали динамику социально-психологических характеристик у своих детей. В процессе исследования выяснилось, что эффективность проводимой интегративной психотерапии во многом зависит от перемен, происходящих с самими родителями, от качества жизни семьи в целом.

Интегративная психотерапия с детьми с тяжелыми нарушениями развития (особенно РДА) представляет собой многоуровневый и многосторонний процесс – это и интеграция принципов и методов различных психотерапевтических направлений, интеграция

специалистов разных профессий и профилей (психологов, врачей, социальных работников, музыкальных терапевтов, арттерапевтов, хореотерапевтов) и, наконец, интеграция особых детей в общество. По мнению авторов, такая «многозначность» во много раз увеличивает эффективность коррекционного процесса, несмотря на то, что предлагаемая модель является всего лишь одним из вариантов улучшения социального функционирования [1].

Таким образом, было исследовано 50 родителей неконтактных детей в возрасте от 25 лет до 71 года, из них 48 женщин и 2-е мужчин. Средний возраст – $39,14 \pm 7,7$ лет. Самую многочисленную группу составили родители в возрасте от 30 до 40 лет (48%), на втором месте – родители в возрасте от 40 до 50 лет (40%), две оставшиеся возрастные группы малочисленны.

По семейному положению среди исследованных родителей 80% состояли в браке (зарегистрированном и нет) и 20% – не состояли в браке.

Родители неконтактных детей также были обследованы дважды, одновременно со своими детьми.

При экспериментально-психологическом методе исследования использовались следующие методики: шкалы Вудкок-Джонсона независимого поведения – для изучения социально-психологических характеристик детей и опросник качества жизни (ВОЗКЖ) – для обследования родителей.

В результате исследования выяснилось, что показатели социально-психологических характеристик неконтактных детей и качества жизни их родителей достоверно улучшились в процессе интегративной психотерапии. Подтвердилась гипотеза о положительной связи между качеством жизни родителей и динамикой социально-психологических характеристик их детей.

Теперь рассмотрим полученные результаты более подробно.

Шкалы Вудкок-Джонсона независимого поведения [5] применяются для оценки динамики социально-психологических характеристик. Методика подразделяется на 14 субшкал (от А до N), которые охватывают различные сферы социальной жизни от простейших навыков самообслуживания и элементарных навыков общения до сложных рабочих навыков и форм социального взаимодействия.

В связи с тем, что максимальное количество баллов, которое можно набрать по каждому из 14 субтестов шкал, различно, нами были использованы относительные величины для сравнения результатов исследований – т.е. показатель степени усвоения социальных навыков. А поскольку и контрольная группа, и группа неконтактных детей разновозрастные, то полученные данные свидетельствуют еще и о скорости овладения навыками.

Как указывалось выше, к концу сессионного года (II-е исследование) степень усвоения социальных навыков у неконтактных детей увеличилась как в целом, так и по отдельным параметрам. Максимальные значения *t*-критерия Стьюдента при сравнении двух исследований получены по субшкалам социального взаимодействия и домашних навыков. Также значителен «скачок» в развитии понимания языка. Такая динамика особенно важна для аутичных детей, у которых в обычных условиях грубая дефицитарность общения ведет к снижению социальной адаптации и наслоению вторичных дефектов.

По поводу других социальных навыков необходимо отметить, что и у неконтактных детей, и у контрольной группы наиболее развиты «витальные» навыки, связанные с удовлетворением естественных потребностей – пользование туалетом и моторные навыки. Т.е. лучше и быстрее усваивается то, что требует меньшего участия других людей. Наименее развиты более сложные социальные навыки (рабочие навыки, домашние и овладение деньгами). Можно предположить, что наименьшие результаты здесь связаны с особенностями воспитания и культуральными особенностями.

В возрасте 5-6 лет от своих сверстников из контрольной группы аутичные дети отличаются только в понимании языка (из этой триады навыков). С началом школьных занятий (7 лет) увеличиваются требования к навыкам речевоспроизведения, и теперь различия с контрольной группой достоверны по всем трем пунктам. Далее положение вещей определяется все возрастающими учебными требованиями, что приводит к еще большему увеличению значимости различий (11-13 лет).

В возрасте 14-15 лет различия между неконтактными и «обычными» детьми по пунктам социального взаимодействия, понима-

ния языка и речевым навыкам достигают своего апогея, причем по остальным социальным навыкам рассматриваемые группы уже не отличаются. Самое большое значение t-критерия Стьюдента достигается по субшкалам «понимание языка», затем по субшкалам «социальное взаимодействие» и «речевые навыки».

В данном случае уже можно говорить о влиянии подростковой субкультуры, для которой важно не только «правильно» взаимодействовать (т.е. адекватно ситуации), но и «правильно» говорить, т.е. разговаривать на принятом в этой субкультуре языке. С такой ситуацией неконтактному ребенку справиться очень сложно.

Однако при регулярных занятиях, направленных на интеграцию неконтактных детей в общество, проблемы общения и языка, как правило, смягчаются в возрасте 16-18 лет.

Хотелось бы подчеркнуть также, что в процессе нашей работы нашлось подтверждение положению многих исследователей и практиков о том, что аутичные (неконтактные) дети не говорят не потому что не хотят, а потому что не могут (или пока не могут). Дело в том, что у обычных детей развитие социальных контактов способствует пониманию языка и, как следствие, развитию речи. То же самое происходит и с аутичными детьми, если, конечно, их поддерживать в стремлении к контакту и заниматься с ними. В нашем случае логика развития речи у обследованных аутичных дошкольников и юношей не отличается от нормальной, а на промежуток между этими возрастными периодами приходится период интенсивных занятий с детьми в плане освоения социальных контактов и понимания социальной функции речи.

По результатам 1-го исследования выяснилось, что различия в оценках родителей и психологов статистически не значимы за исключением 2-х субшкал – навыков самообслуживания и пользования туалетом. По результатам 2-го исследования различия оказались достоверно значимыми по 8 пунктам: основные моторные навыки; навыки тонкой моторики; навыки социального взаимодействия; навыки понимания языка; речевые навыки; пользование туалетом; навыки самообслуживания и домашние навыки.

Для создания системы формализованной экспертной оценки требуется дальнейшее, более детальное исследование различий экс-

партных оценок и факторов, на них влияющих. Настоящее исследование является только подготовительным этапом такой работы, как, например, опрос родительской группы, о чем пойдет речь далее.

Родители неконтактных детей были обследованы в начале и в конце сессионного года с помощью опросника качества жизни ВОЗКЖ [2]. Было использовано 10 субсфер методики, чувствительных к изменениям у данной категории опрошенных. В них вошли следующие субсферы: жизненная активность (F2), положительные эмоции (F4), самооценка (F6), отрицательные эмоции (F8), способность выполнять повседневные дела (F10), способность к работе (F12), личные отношения (F13), сексуальная активность (F15), возможность для отдыха и развлечений и их использование (F21), духовность/религия/личные убеждения (F24).

В результате исследования с помощью полученного варианта опросника выяснилось, что у испытуемых в течение года произошли существенные изменения. Статистически значимые различия между показателями качества жизни после 1-го и 2-го исследований отмечены по всем пунктам, кроме сексуальной активности и духовной сферы.

Нам стало интересно, насколько данные изменения различны у разных категорий родителей неконтактных детей. Для этого мы разделили родительскую группу на несколько подгрупп в зависимости от их возраста, семейного положения, уровня образования и профессии. Далее мы проанализировали влияние изменений качества жизни родителей на оценку динамики социальных умений и навыков, происходящих с их детьми. В итоге получилось следующее.

Лица с высшим образованием отметили наибольшие изменения в своей жизни (статистически значимые) в психологической сфере, особенно в области позитивных чувств, таких как удовлетворение, внутреннее равновесие, покой, счастье. У родителей со средним специальным образованием больше всего достоверных различий за прошедший период пришлось на сферу уровня независимости (способность к работе и выполнять повседневные дела). При этом у них не увеличилось количество позитивных переживаний, а сократилось количество негативных, что также отличает их от первой подгруппы. Возможно, данные отличия связаны с разными ценностными

ориентациями этих подгрупп и более высоким уровнем притязаний лиц с высшим образованием, что мешает последним, например, быстро найти работу.

Соответственно, были получены закономерные статистически достоверные корреляционные связи между изменением качества жизни родителей и изменением социально-психологических характеристик их детей. Для родителей с высшим образованием это положительные корреляции с улучшением в субсферах «положительные эмоции» и «самооценка», а также с общей оценкой качества жизни. Для родителей со средним специальным образованием получилось, что, чем меньше они испытывают негативных чувств, тем больше происходит изменений с их детьми и тем выше они эти изменения оценивают.

Причина подобных корреляций, по-видимому, кроется также в различии ценностных ориентаций и уровней притязаний у родителей данных подгрупп. Возможно, улучшение качества жизни родителей с высшим образованием ведет к лучшему овладению социальными навыками у их детей, что, в свою очередь, вызывает положительные эмоции у родителей и повышает их самооценку. Для лиц со средним специальным образованием главное – чтобы ребенок не мешал и, следовательно, не вызывал дополнительных отрицательных эмоций.

У родителей, состоящих в браке, и одиноких (разведенных и т.п.) в целом произошло одинаковое количество статистически значимых изменений в качестве их жизни. Достоверные различия между этими двумя подгруппами наблюдаются в социальной сфере и сфере уровня независимости. Причем, хотя средние значения данных показателей выше у родителей из полных семей, в социальной сфере больше изменений за прошедший год отметили родители-одиночки. Что касается корреляционных связей, то у «семейных» достоверно высокая корреляция с динамикой социального развития детей наблюдается только у субсферы отсутствия отрицательных эмоций. Для родителей, не состоящих в браке, это сферы уровня независимости и духовная сфера. Видимо, для того, чтобы прививать своим детям социальные навыки, им более необходимы духовная опора и

способность выполнять свои повседневные дела, чем родителям, которые не лишены поддержки других членов семьи.

Для родителей разного возраста достоверные отличия были отмечены только для двух подгрупп: 30-40 и 40-50 лет. Обычно тридцатилетних считают людьми, ориентированными прежде всего на карьеру и профессиональный успех. В более старшем возрасте уже начинают подводиться предварительные итоги, и все сферы жизни становятся важными. В нашем случае у родителей неконтактных детей произошло то же самое. То есть подгруппа 30-40-летних достоверно отличается от лиц 40-50 лет по показателям работоспособности и физической энергии, зато у более старшей подгруппы наблюдаются значимые изменения почти по всем показателям качества жизни. При этом, судя по значимым корреляционным связям, для занятий с детьми молодым родителям нужны и прилив дополнительной энергии и положительных эмоций, и время для отдыха, а сорокалетним достаточно способности выполнять свои повседневные дела (дети и так входят в сферу их интересов).

И, наконец, профессиональные подгруппы «отличились» в следующем. Больше всего значимых изменений за прошедший период произошло в жизни родителей гуманитарных профессий, меньше всего – у домохозяек (общая оценка качества жизни, отсутствие отрицательных эмоций, личные отношения). К тому же неработающие достоверно отличаются в меньшую сторону от других подгрупп по 7-ми пунктам из 11-ти, исследуемых с помощью опросника КЖ. Значимые корреляции с динамикой социальных навыков детей у данной подгруппы родителей получились со сферами «энергия» и «усталость», «работоспособность» и «отсутствие отрицательных эмоций». У лиц технических профессий это психологическая сфера и общая оценка качества жизни. А для гуманитариев в этом смысле важно только деятельное состояние, т.к. у них отмечена только значимая отрицательная корреляция с возможностью для отдыха (похожая ситуация, как с возрастными группами).

В целом изменения в качестве жизни у всей группы родителей положительно и значимо коррелируют с изменениями социально-психологических характеристик неконтактных детей по показателям увеличения положительных эмоций, уменьшения отрицатель-

ных эмоций, способности выполнять повседневные дела и общей оценки качества жизни. Как видно, наибольшим весом здесь обладает психологическая сфера.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Железняк Л.С., Карвасарская И.Б., Ломаченков А.С., Марцинкевич Н.Е., Уточкина О.В. Принципы динамической психиатрии в психотерапии аутичных детей с участием детей-котерапевтов // Медицина и психология в холистическом подходе к здоровью и болезни: Тез. Междунар. симп. – СПб., 1994.

2. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. СПб., 1998.

3. Лебединский В.В., Никольская О.С. Патопсихологическая структура раннего детского аутизма. – В сб.: Ранний детский аутизм. – М., 1981.

4. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. М., 1997.

5. Уточкина О.В. Опыт использования шкал независимого поведения Вудкок-Джонсона // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. СПб., 1998.

За последние годы Россия подписала ряд международных соглашений, в соответствии с которыми «каждому ребенку, в каком бы состоянии он не находился, гарантируется максимально возможная интеграция в общую систему». Но, чтобы добиться этого, как минимум необходимо предложить свой спектр новых форм помощи «особым» детям. Сложившаяся на сегодняшний день ситуация показывает, что даже в таком крупном и развитом городе, как Санкт-Петербург, большого выбора между различными видами помощи детям с особенностями психического развития, крайне недостаточно. И вряд ли это положение будет исправлено в ближайшие годы. Пока же отсутствие специальных служб помощи семьям, воспитывающим детей-аутистов, приводит к тому, что многие из них до сих пор вынуждены жить в условиях домашней изоляции.

Конечно, данный сборник статей научно-практической направленности не претендует на полноту законченного исследования. Однако мы надеемся, что эта публикация в какой-то мере сможет заполнить информационный вакуум в области применения современных социальных технологий. Возможно, наши наработки помогут коллегам из других регионов создать свою модель помощи аутичным детям. Но несомненно, что данное издание будет способствовать необходимому повышению психологической грамотности среди основной массы потенциальных читателей, а именно членов семей, воспитывающих детей с аутизмом.

Мы уверены, что появление такого рода литературы в конечном итоге содействует гуманизации нашего общества и воспитанию более цивилизованного отношения к людям.

Проект реализован на средства гранта Санкт-Петербурга для общественных объединений.

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	3
НАША ИСТОРИЯ.....	6
ПСИХОТЕРАПИЯ.....	19
Жуков Е.С., Карвасарская Е.Е. Наш подход.....	19
Жуков Д.Е., Жуков Е.С., Карвасарская И.Б., Мичурина О.В., Яковлева А.В. Внимание, аутизм!.....	22
Карвасарская И.Б. Комплексная коррекция расстройств аутистического спектра.....	42
Жуков Е.С., Карвасарская И.Б., Марцинкевич Н.Е., Покровская С.В. Практические рекомендации по социально-психологической адаптации детей с тяжелыми психическими заболеваниями в летнем лагере реабилитационного туризма.....	50
Набоко О.А. Телесно-ориентированная психотерапия с аутичными детьми.....	61
Фадеева М.Е. Записки дефектолога.....	65
Посысаева Ю.В. Работа с аутичными детьми. Начало пути.....	69
Беркович М. О том, чего я не знаю.....	72
Платонов А.А. Первые шаги.....	80
Динамика рисунка «Несуществующее животное» у детей с синдромом Аспергера в процессе терапии.....	82
Динамика рисунка у ребенка с синдромом Каннера в процессе терапии.....	92
АРТТЕРАПИЯ.....	94
Макарова А.В. Драматизация как средство помощи аутичным детям.....	94
Черкасская А.А. Аутисты в Эрмитаже.....	98
Черкасская А.А. Размышления о музыкотерапии.....	100
Полозкова С.Г. Арт-терапия с родителями аутичных детей.....	103
В ПОИСКАХ ВЫХОДА (рассказы родителей).....	113
НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	127
Воробьева К.С. Медико-генетические аспекты аутизма.....	127
Жуков Д.Е. Картина мира аутичного ребенка.....	132
Карвасарская Е.Е. Исследование Я-структуры родителей детей с аутизмом.....	147
Неменчинская С.М. Особенности семейного окружения детей с синдромом раннего детского аутизма.....	162

Тихомирова А.Е. Уровень агрессивности и жизнестойкости у родителей детей с синдромом раннего детского аутизма.....	166
Уточкина О.В. Динамика развития социально-психологических навыков у неконтактных детей и качество жизни их родителей.....	179
ПОСЛЕСЛОВИЕ	188

Санкт-Петербургский общественный фонд помощи
детям с особенностями развития «Отцы и дети»
приглашает к сотрудничеству организации и частных лиц,
готовых принять участие в реализации наших программ.



Эл. почта: autism@autism.ru; сайт: www.autism.ru.
Эл. почта: info@otsyideti.org.ru; сайт: <http://otsyideti.org.ru>
Эл. почта: info@otsy-i-deti.ru ; сайт: <http://otsy-i-deti.ru>

ИНН 7815020114, КПП 784001001

ф. Смольнинский ОАО Банк ВТБ в г. Санкт-Петербурге
р/с 40703810828000000136 Филиал ОПЕРУ ОАО Банк ВТБ в Санкт-
Петербурге г. Санкт-Петербург

БИК 044030704

к/с 30101810200000000704 в ГРКЦ ГУ Банка России по г. Санкт-
Петербургу

ОКПО 31949235; ОКОГУ 61300; ОКАТО 40298562000; ОКВЭД
91.33 85.32 92.51 55.21; 55.23.1

**Опыт работы с аутичными детьми
в Санкт-Петербурге – 20 лет.
Под одной крышей**

Редакционная коллегия Д.Е.Жуков, Е.С.Жуков,
Е.Е.Карвасарская, И.Б.Карвасарская

Компьютерная поддержка В.Ю.Покровский

Художники Е.Е.Карвасарская, И.Д.Матвеев

Эта книга объединяет статьи научно-практической направленности, рассказы и размышления людей, которые так или иначе соприкоснулись с миром аутизма. Мы думаем, что предоставленное многообразие мнений, собранное под одной обложкой, сможет найти своего адресата.



**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД
ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ
“ОТЦЫ И ДЕТИ”**