Введение.

Аутизм и расстройства аутистического спектра – сложная проблема современной клинической психологии и психиатрии. Данные статистики многих стран говорят о том, что количество детей с подобными расстройствами непрерывно нарастает, с другой стороны, аутизм вызывает множество научных споров и гипотез, из которых пока мало что подтверждено практикой. В результате эта назревшая проблема не имеет единого решения или общепризнанной парадигмы, в которой могли бы развиваться исследования аутизма.

Эксперты сегодня соглашаются, что не существует одного психиатрического состояния под названием аутизм. Вместо этого существует спектр аутистических расстройств, и разные формы аутизма занимают разные позиции в этом спектре. Но в некоторых кругах научного сообщества эта концепция «спектра» подвергается серьёзным сомнениям.

В нашей работе мы постараемся дать более-менее полный обзор взглядов и концепций исследователей аутизма и расстройств аутистического спектра. Так же мы коснемся вопросов происхождения данного синдрома и основных подходов его коррекции.

В России первое описание органического аутизма было представлено в 1967 г. С.С. Мнухиным с соавторами; описание аутизма Каннеровского типа в  1970 – 1974 г. Г.Н. Пивоваровой и В.М Башиной, и 1982 г. В.Б. Каганом; аутизм в круге постприступной шизофрении в 1975 году М.Ш.Вроно, В.М.Башиной и другими.

Несмотря на достаточно многоплановые генетические, биохимические, психопатологические исследования расстройств аутистического спектра, сам аутизм по существу не подкреплен необходимыми психопатологическими описаниями. При описаниях аутистических состояний многие исследователи ссылаются на общие клинические проявления, которые пересекаются с проявлениями самых разных заболеваний, что делает определения аутизма как отдельного заболевания нечеткими и размытыми. Наряду с этим не решена проблема первопричины аутистических состояний и даже при исследовании версий полиэтиологичности, статистические и экспериментальные данные недостаточны. Остается неясным вопрос, что лежит в основе общности симптомов аутизма с другими психопатологическими и генетическими отклонениями. Недостаточно разработаны методы диагностики и коррекции аутистических состояний, особенно учитывающих особенности основного заболевания.

При обилии коррекционно-развивающих систем, не выделены подтвержденные эффективные элементы либо условия коррекционных воздействий, исследования эффективности этих систем часто носят утилитарный характер и достаточно разрозненны.

**Целью работы является** анализ эффективности развивающей работы с детьми с РАС, построенной на основе психофизиологических и социальных аспектов их развития и направленной на смягчение аутистических проявлений.

**Объект исследования:** коррекционно-развивающая работа с детьми с РАС, построенная на основе психофизиологических и социальных аспектов их развития.

**Предмет исследования:** психофизиологические и социальные аспекты коррекционно-развивающей работы с детьми с РАС.

В своей основе наше исследование базируется на классических положениях отечественной коррекционной психологии: положениях Л.С. Выготского («Мышление и речь», 1934 г.) о единстве аффекта и интеллекта, а так же о зоне ближайшего развития ребенка.

Так же в основе исследования лежат идеи В.В.Лебединского об аутистическом дизонтогенезе как искажении в развитии психических функций ребенка и идеи этологического направления психологии о важности формирования привязанности ребенка к матери для его последующего развития.

Исследование строилось на представлении об аффективном развитии ребенка как формировании системы механизмов организации сознания и поведения, разработанное О.С. Никольской, Е.Р. Баенской, М.М. Либлинг (Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. «Аутичный ребенок. Пути помощи» 1997 г.).

В нашей работе мы опирались так же на работы Л.Каннера, Богдашиной О., Башиной В. М., Симашковой Н.В., К. С. Лебединской, С.А.Морозова, В.Е.Кагана, Л. М. Шипициной, Б.Д. Куанганова а так же на материалы статей современных зарубежных исследователей, взятые из журналов «Scientific America», «В мире науки».

Экспериментальное исследование строилось по классической схеме двух выборок экспериментальной и контрольной, набранных методом попарного отбора. Диагностика проводилась одинаковая для обеих групп, до проведения коррекционно-развивающих занятий и через два месяца после их окончания. Сами коррекционно-развивающие занятия заняли три месяца и проводились только для экспериментальной группы.

Теоретическая значимость исследования. Теоретическая значимость нашего исследования состоит в уточнении психофизиологических и социальных аспектов коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими РАС.

Практическая значимость исследования состоит в практическом изучении эффективности влияния условий коррекционно-развивающего воздействия на детей с расстройствами аутистического спектра, таких как

- применение групповых методов коррекционной работы наряду с индивидуальными,

- психологическая работа с матерями, состоящая не только в их присутствии и участии в процессе коррекции, но и в психологической помощи им со стороны специалиста (проведение серии психологических консультаций, обучение коррекционному взаимодействию с ребенком, создание цепочки успехов в коррекционной деятельности),

- работа в режиме полнодневного совместного пребывания матери и ребенка (другие члены семьи – по желанию) в группе и в контакте со специалистом.

Продолжение этого исследования видится как в расширении выборки, так и в применении более компактных по срокам моделей работы (например, две недели или месяц), что будет более приемлемо для работающих родителей.

**Описание выборки и базы исследования.**

Всего в исследовании приняло участие 18 человек:

8 детей: с диагнозом «Аутизм» (F 84.0) – 6 человек и «Атипичный аутизм по симптоматике» (F 84.1) – 2 человека. Возраст детей: 4 года – 5 человек, 5 лет – 3 человека.

Экспериментальная и контрольная группы комплектовались методом попарного отбора с учетом показателей уровня сформированности компетенций и степени проявлений аутистического поведения по шкале аутизма.

Исследование проводилось на базе Института психотерапии и клинической психологии.

**Проблемы определения, классификации и диагностики аутизма**

**и расстройств аутистического спектра (РАС).**

Аутизм, как самостоятельное расстройство впервые был описан Л. Каннером в 1942 г., в 1943 г. сходные расстройства у старших детей описал Г. Аспергер, а в 1947 г. – С. С. Мнухин. Аутизм - тяжелое нарушение психического развития, при котором, прежде всего, страдает способность к общению, социальному взаимодействию.

Чтобы уточнить рабочее определение исследования, рассмотрим несколько определений аутизма, данных видными исследователями этой проблемы. Термин «аутизм» был введен психиатром Е. Блейлером в 1910-20-х годах и означал «оторванность ассоциаций от данных опыта, игнорирование действительных отношений». Изначально аутизм рассматривался как особенность мышления шизофренических пациентов.

Со времени первого описания Каннером в 1943 году, понятие об аутизме претерпевало много изменений. «В своей первой работе  L .  Kanner  охарактеризовал РДА, как особое состояние, с нарушениями общения, речи, моторики, которое он отнес к состояниям так называемого "шизофренического" спектра».[[1]](#footnote-1)

Видные Российские исследователи проблем аутизма В.В.Лебединский, О.С.Никольская, Е.Р. Баенская, М.М.Либлинг дали следующее многосоставное определение. «Аутизм - во-первых, экстремальное одиночество ребенка, нарушение его эмоциональной связи даже с самыми близкими людьми; во-вторых, крайняя стереотипность в поведении, проявляющаяся и как консерватизм в отношениях с миром, страх изменений в нем, и как обилие однотипных аффективных действий, влечений интересов; в-третьих, особое речевое и интеллектуальное недоразвитие, не связанное, как правило, с первичной недостаточностью этих функций.  Аутизм  - особый, чрезвычайно характерный тип психического дизонтогенеза. В основе его лежат тяжелейшая дефицитарность аффективного тонуса, препятствующая формированию активных и дифференцированных контактов со средой, выраженное снижение порога аффективного дискомфорта, господство отрицательных переживаний, состояние тревоги, страха перед окружающим».[[2]](#footnote-2)

Башина В.М., Симашкова Н.В. в своей статье «Подходы к проблеме обучения детей с ранним аутизмом» дают определение аутизму, опираясь на перечисление симптоматики клинической картины расстройства: «Клиническая картина аутистического синдрома у детей с РДА определяется проявлениями отрешенности, неспособностью к формированию общения, неспособностью к осознанию посторонних персон и неодушевленных предметов (т.е. явлениями так называемого протодиакризиса), отсутствием подражания, реакций на комфорт и дискомфорт, монотонно-однообразным характером поведения, с "симптомами тождества".[[3]](#footnote-3)

В официальных медицинских источниках аутизм отнесен «...к разряду неспецифических нарушений развития, характеризуемых ранним (до 30 месяцев) появлением неконтактности, нарушением речевого развития с эхолалией, причудливым поведением в виде неприятия изменений окружающего, либо неадекватной привязанности к неодушевленным предметам при отсутствии бреда и галлюцинаций».[[4]](#footnote-4) (DSM-III-R, DSM-IV, МКБ-10)

По определению, данному специалистами Научного центра психического здоровья РАМН, «Аутизмом (от греческого autos – сам) называют состояние психики, характеризующееся преобладанием замкнутой внутренней жизни и активным отстранением от внешнего мира. Аутизм может быть как вторичным симптомом шизофрении, так и самостоятельной нозологической единицей. В последнем случае он возникает в первые годы жизни и называется ранним детским аутизмом (РДА)».[[5]](#footnote-5) Уже это определение грешит многими допущениями и размытостью формулировок, впрочем, как и многие официально признанные определения аутизма.

При внимательном изучении ряда определений становится понятно, что во многих случаях речь идет о понятиях социально-психологических, а не клинических. Постановка диагноза и определение состояния ребенка становятся при таком подходе вопросом силы проявления симптоматики, поэтому большинство определений сопровождаются списками симптомов, которые варьируются от автора к автору. Специалисты вынуждены, учитывая нечеткость официальных формулировок, давать описания и определения в каждом новом исследовании.

Еще в 2000 году считалось, что распространенность аутизма составляет от 5 до 26 случаев на 10 000 детского населения. В 2005 году уже на 250-300 новорожденных в среднем приходился один случай аутизма. По данным Всемирной организации Аутизма, в 2008 году 1 случай аутизма приходится на 150 детей. За десять лет количество детей с аутизмом выросло в 10 раз. Считается, что тенденция к росту сохранится и в будущем.

На сегодняшний день в мире официально зарегистрировано 6 000 000 аутистов. Только в центральной России более 200 000 детей с диагнозом РДА. У большинства детей с аутизмом нет речи, отмечаются отклонения в развитии моторики, восприятия, эмоциональной и др. сфер психики. Более 80% детей с аутизмом - инвалиды. В 2008 году Генеральная Ассамблея ООН объявила 2 апреля Всемирным днем распространения информации об аутизме.[[6]](#footnote-6)

Для того чтобы соотнести разные концептуальные подходы в определении аутизма, воспользуемся работой Башиной В.М. «Ранний детский аутизм», где она представила ряд классификаций РДА. «Принятая у нас классификация РДА (НЦПЗ РАМН, 1987 г.):

1.Разновидности РДА:

1.1. синдром раннего инфантильного аутизма Каннера /классический вариант/ РДА/;

1.2. аутистическая психопатия Аспергера;

1.3. эндогенный, постприступный /вследствие приступов шизофрении аутизм/;

1.4. резидуально-органический вариант аутизма;

1.5. аутизм при хромосомных аберрациях;

1.6. аутизм при синдроме Ретта;

1.7. аутизм неясного генеза. ...

Международная классификация болезней 9 пересмотра (1980 г., Россия, принятая в Российской Федерации до настоящего времени)

1. Разновидности РДА:

1. 1. Детский аутизм типа Каннера

2. Разновидности психозов у детей

2.1. Неуточненные психозы,

2.2. Шизофрения, детский тип,

2.3. Детский психоз без других указаний,

2.4. Шизофреноподобный психоз.

... Касаясь международной  классификации  болезней, следует особо подчеркнуть, что к "первазивным расстройствам" отнесены теперь как состояния с нарушениями развития и аутизмом, так психозы раннего возраста. Все они подразделены на типичные, т.е. возникающие до 3 лет и атипичные, т.е. после 3 лет».[[7]](#footnote-7)

Согласно международной  классификации  болезней (МКБ-10, 1989г.), выделяются следующие диагностические критерии аутизма:

1. Качественные нарушения реципрокного взаимодействия, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию;

б) неспособность к установлению взаимосвязей со сверстниками;

в) отсутствие социо-эмоциональной зависимости, что проявляется нарушенной реакцией на других людей, отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией;

г) отсутствие общих интересов или достижений с другими людьми.

2. Качественные аномалии в общении, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

а) задержка или полное отсутствие спонтанной речи, без попыток компенсировать этот недостаток жестикуляцией и мимикой (часто предшествует отсутствие коммуникативного гуления);

б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития);

в) повторяющаяся и стереотипная речь;

г) отсутствие разнообразных спонтанных ролевых игр или (в более младшем возрасте) подражательных игр.

3. Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность, что проявляется минимум в одной из следующих областей:

а) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами;

б) внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;

в) стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы;

г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации)».[[8]](#footnote-8)

Обобщая перечисленные поведенческие феномены и интерпретируя их с точки зрения психологических особенностей развития, многие исследователи выделяют три дефицитарных сферы у детей с аутизмом, а именно: коммуникацию, социализацию и воображение.

Список литературы:

1. Башина В.М. Ранний детский аутизм. // Альманах «Исцеление» М., 1993.

Башина  В.М., Симашкова Н.В. Подходы к преблеме обучения детей с ранним  аутизмом. Альманах «Исцеление». - М., 1993

Куанганов Батырбек Даутович. Аутизм: проблемы поведения. М., Наука-пресс, 2003.

1. Куанганов Б.Д. Семья как регулирующий фактор в поведении детей с отклонениями в развитии. М., Наука-пресс, АСТ-пресс, 2004.

Куанганов Б.Д. Этиология и динамика расстройств личности аутистического спектра. М., Наука, 2002.

Лебединский В.В., О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., Век, 1990.

1. МКБ-10
2. DSM-III-R

1. Башина В.М. Ранний детский аутизм. // Альманах «Исцеление» М., 1993. [↑](#footnote-ref-1)
2. В.В.Лебединский, О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., Бек, 1990. [↑](#footnote-ref-2)
3. Башина  В.М., Симашкова Н.В. Подходы к преблеме обучения детей с ранним  аутизмом. Альманах «Исцеление». - М., 1993 [↑](#footnote-ref-3)
4. DSM-III-R [↑](#footnote-ref-4)
5. Куанганов Б.Д. Этиология и динамика расстройств личности аутистического спектра. М., Наука, 2002. [↑](#footnote-ref-5)
6. Куанганов Б.Д. Семья как регулирующий фактор в поведении детей с отклонениями в развитии. М., Наука-пресс, АСТ-пресс, 2004. [↑](#footnote-ref-6)
7. Башина В.М. Ранний детский аутизм. // Альманах «Исцеление» М., 1993. [↑](#footnote-ref-7)
8. МКБ-10 [↑](#footnote-ref-8)