Психокоррекционная и социореабилитационная помощь для детей с РАС.

 Психокоррекционная и социореабилитационная помощь является обязательной составляющей абилитации больных с РАС, так как направлена на формирование навыков социального взаимодействия и адаптации. Выбор профилактических и реабилитационных методик, осуществляемых в отношении пациентов с РАС, зависит от совокупности исходных диагностических показателей: клинического диагноза (нозологически-ориентированные техники), типа психической дезадаптации и обусловленных им мишеней терапевтической и коррекционной работы (таргетно-ориентированные техники), ситуации в которой находится больной с аутистическими расстройствами (ситуационно-ориентированные техники), актуальных профилактических задач (профилактические техники). Несомненным достоинством терапевтических и коррекционных техник является их высокая пластичность, приспособляемость под различные условия работы. Все меньше становится роль отдельных, изолированных методов терапии, наблюдается тенденция интеграции их в комплексный подход, если они принципиально не противоречат друг другу.

 Реализуемые в лечении аутизма вмешательства можно разделить на 3 группы: предшествующие вмешательства (применяются превентивно, т.е. до ожидаемого поведения); последующие вмешательства, применяемые после возникновения желательного поведения; вмешательства, направленные на развитие способностей. Организация ранней помощи требует совершенствования старых и создания новых форм. Созданы обширные педагогические программы, интегрирующие педагогические мероприятия и меры поведенческой терапии, с целью стимуляции развития коммуникативных способностей пациентов. Психолого-педагогическая коррекция больных с РАС Ее начинают с диагностики проявлений психического дизонтогенеза ребенка. На основе простейших тактильных, пантомимических и других видов контактов с ребенком в условиях свободного выбора и полевого поведения оценивают уровень его развития, запас знаний и поведенческих навыков, которые отстают приблизительно на два-три возрастных порядка. Работу начинают применительно к истинному возрастному уровню ребенка, а не его хронологическому возрасту.

 Одна из лучших в мире – программа «Обучение и воспитание детей с аутизмом и сопутствующими нарушениями развития» [английская аббревиатура TEACCH -Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (Schopler E., Mesibov, G. B. Hearsey,1983,1995)], адаптированная во многих странах, и частично применяемые в ряде учреждений Российской Федерации.

Равновесная по значимости, и также признанная во всем мире методика поведенческой терапии– Прикладной анализ поведения [английская аббревиатура ABA –Behavior treatment and technology (Lovaas O.I.,1987)]. Основные подходы к абилитации в них сходные. Используется традиционная психологическая и дефектологическая коррекция.

 Логопедическая коррекция больных с РАС .

Дизонтогенез речевого развития является одним из кардинальных проявлений РАС. При выделенных формах РАС речь может быть не развита или утрачена в разной степени. Учитывая особенности нарушения речи, диссоциацию в развитии речевой функции, задержку развития речи, конкретно – действенное мышление у аутистов, коррекционная работа должна быть направлена на как можно более раннее восстановление речи. Для восстановления речевой функции используют приспособленные к РАС методические приемы, которые позволяют учитывать как негативизм больных, так и особенности их речевой патологии. При неполной утрате речи прежде всего определяют уровень речевого развития ребенка, его словарный запас, развитие имитационной, рецептивной и экспрессивной речи. Выявляют понимание слов, фраз обиходного характера, инструкций, поручений, способность к называнию предметов, действий, использование местоимений по отношению к себе и окружающим лицам. Особое внимание обращают на построение фраз, порядок расположения отдельных членов предложения, а также умение составлять фразы. Затем специалисты-дефектороги оценивают некоммуникативную сторону речи, в которую входят звуки, фонемы, изолированная эхо-речь, и коммуникативную речь – в виде высказываний с последовательностью развития от простых звуков, слогов, направленных к собеседнику, до сложной символической речи, применяемой для контакта с собеседником. Последнее особенно необходимо, так как отклонения в коммуникативной речи выражены наиболее грубо. При восстановления речи необходима логопедическая работа, ориентированная на формирование словарного запаса, развитие слухового внимания, фонематического и речевого слуха. Для предотвращения формирования тяжелых личностных и олигофреноподобных дефектов, необходимы ранние и адекватные коррекционные мероприятия по развитию речи. Нейропсихологическая коррекция Нейропсихологическая коррекция проводится по специально разработанным программам, включающим комплекс упражнений, состоящий из растяжек, дыхательных упражнений, глазодвигательных упражнений, упражнений для языка и мышц челюсти, перекрестных (реципрокных) телесных упражнений, упражнений для развития моторики рук, упражнений для релаксации и визуализации, функциональных упражнений, упражнений для развития коммуникативной и когнитивной сферы. Занятия различаются по времени и количеству. Минимальное количество занятий на один курс – 16. Предполагаются домашние задания, которые выполняются с кем-либо из родителей или с другими близкими родственниками ребенка. Другие виды коррекции Ценным средством, которое положительно влияет на коммуникативные способности ребенка с аутизмом и его возможности устанавливать отношения, является музыка.

 Образование для детей с РАС.

 Получение детьми с РАС адекватного образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации. Гарантии права детей с ограниченными возможностями здоровья (аутизм) на получение образования закреплены в Конституции Российской Федерации, в пункте 10 статьи 50 закона РФ «Об образовании», и Федеральных Законах «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 30 июня 2007 г. № 120-ФЗ, « О социальной защите инвалидов в РФ», Федерального закона РФ от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации". В настоящее время в России существует дифференцированная сеть специализированных коррекционных образовательных учреждений. Она включает в себя, прежде всего, дошкольные учреждения, в которых может быть продолжена абилитация больных аутизмом: детские сады компенсирующего вида и учреждения, имеющие группы компенсирующего и комбинированного назначения для детей с нарушениями слуха, речи, моторики, с нарушением интеллекта. В существующей структуре школьного образования больных с аутистическими расстройствами можно обучать в коррекционных образовательных учреждениях: для детей с тяжелыми нарушениями речи (V вид), для детей с задержкой психического развития (VII вид), для умственно отсталых детей (VIII вид), в школах индивидуального обучения на дому для детей-инвалидов по общеобразовательной программе. Кроме того, в России развивается процесс интеграции детей с РАС в образовательные учреждения общего типа (в одном классе с детьми, не имеющими нарушений развития). Возможно обучение пациентов с РАС по индивидуальному учебному плану или по индивидуальной коррекционной обучающей программе (инклюзивное обучение). В обучении ребенка с РАС необходимо руководствоваться следующими принципами: бесплатное образование, соответствующее возможностям и потребностям ребенка в минимально ограничивающей его среде. Государственная политика России должна быть направлена на сохранение и совершенствование существующей сети специальных (коррекционных) образовательных учреждений, классов, групп с параллельным развитием интегрированного (инклюзивного) образования.

Работа с семьей и окружением ребенка.

Психотерапия направлена как на самого ребенка, так и на смягчение эмоционального напряжения и тревоги у членов семьи, преодоление необоснованного чувства вины у родителей за развитие болезни ребенка. В беседе с родителями необходимо объяснить природу расстройства. Не смягчать диагноз, но и не гипертрофировать представление о ребенке, как о «гениальном», «особом состоянии души». Родители больных с РАС нуждаются в помощи, включающей психотерапевтическую поддержку, обучение навыкам выхода из кризисной ситуации, способам конструктивного взаимодействия всех членов семьи. Работа с семьей включает в себя психообразовательные программы (разъяснение родителям основных методов сути расстройств аутистического спектра и его лечения, особенностей построения взаимодействия с больным ребенком, разрешение поведенческих проблем, вовлечение родителей в учебно-воспитательный процесс). План помощи ребенку и его семье состоит из следующих элементов :

 • индивидуальное взаимодействие с ребенком или подростком (раннее вмешательство, терапия поведения, эрготерапия, социальный групповой тренинг);

• мероприятия по интеграции и реабилитации (школьное сопровождение, обучение профессии и др.);

 • консультации родителей и семьи;

• тренинг для родителей и людей, часто контактирующих с лицами с аутистическими нарушениями (учителя, воспитатели и др.);

• помощь для уменьшения нагрузки в семье.

При тяжелых формах аутизма необходимо учиться принимать ребенка таким, каков он есть; действовать исходя из его интересов, частично адаптировать его к жизни в семье, организовывая его мир в атмосфере любви и доброжелательности.

Формировать в обществе толерантное отношение к инвалидам.

Психосоциальная терапия.

Роль психосоциальной терапии, включающей формирование когнитивных, эмоциональных, мотивационно-волевых ресурсов личности, навыков общения с окружающими, возрастает по мере взросления ребенка и достигает своего максимума в подростковом возрасте, когда начинают формироваться проблемы, связанные с социальной дезадаптацией. Наряду с тем, что в современной России отмечается снижение влияния семьи как социального института на характер развития детей с РАС, в большей половине случаев такие дети нуждаются в родительской опеке и сопровождении. Этому во многом способствуют социальные потрясения, реформы, экономическая ситуация. Социальная реабилитация и терапия опираются на принципы специфичности (методы адекватны состоянию, уровню развития и возрасту), вариабельности (программа терапии и реабилитации должна включать основные и резервные методы) и валидности (доказанная терапевтическая и экономическая эффективность). Для каждого вида воздействия имеется строгий набор показаний. Например, Х.Ремшмидт (2003) приводит алгоритм выбора условий для проведения терапии, отталкиваясь от амбулаторной терапии, как основного вида воздействия. В пользу стационарного лечения, кроме тяжести, остроты психического состояния, свидетельствует необходимость отделения ребенка от семьи. В пользу домашней терапии – удаленность от амбулатория и активное сотрудничество близких и т.д. Существует по крайней мере несколько причин, обусловливающих негативную динамику в детской и подростковой психиатрии: недостаточное развитие медико-социальных учреждений реабилитационного типа; отсутствие у врачей в первичном звене здравоохранения знаний и навыков раннего выявления психических расстройств; игнорирование родителями болезненного характера имеющихся нарушений у детей из-за страха перед обращением в психиатрический диспансер в связи с боязнью связанных с этим социальных ограничений («проблема стигмы»); все возрастающий спрос населения на так называемые «психологические» услуги, являющиеся часто следствием рекламы деятельности недобросовестных специалистов, в силу собственной некомпетентности.

Список использованных источников.

1.Башина В.М., Козлова И.А., Ястребов B.C., Симашкова Н.В. и др. Организация специализированной помощи при раннем детском аутизме (методические рекомендации). Минздрав СССР, М., - 1989.- 126 с.

2.Башина В.М. Аутизм в детстве, 1999.-М., Медицина. – 240с.

3.Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство. Под редакцией Н.В.Симашковой. - М.: Авторская академия, 2013. - 264 с.:ил

4.Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение: Пер. с нем.-М.: Медицина, 2003.-120с.: ил.

5.Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте. Дисс. докт. мед. наук.-М,, 2006.-218с.