



АУТИЗМ  
и нарушения развития

№ 1

2008



ISSN 1994-1617



9 771994 161015

## АУТИЗМ И НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ

Учредители - Региональная общественная организация «Образование и здоровье», Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков (ЦПМССДиП) Департамента образования города Москвы

### РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

В.Н. Касаткин - председатель  
Т.В. Ахутина  
В.М. Башина  
Т.В. Волосовец  
Г.В. Головченко  
В.Ю. Кожевникова  
Л.Е. Курнешова  
И.Ю. Левченко  
С.Б. Мальк  
А.А. Черников  
И.А. Шпицберг

### РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Н.Г. Манелис - главный редактор  
О.А. Власова - ответственный секретарь  
Н.В. Михайлова  
И.В. Саикова - редактор

Адрес редакции: 127427, Москва  
ул. Кашенкин Луг, д. 7.  
Телефоны:  
(495) 619-74-87  
(499) 504-14-20  
E-mail: mamontov@rambler.ru

Новый номер редактора журнала  
Садиковой И.В.: 8 (499) 504-14-20

© Региональная общественная организация  
«Образование и здоровье»  
© Центр психолого-медико-социального  
сопровождения детей и подростков  
(ЦПМССДиП)  
Департамента образования города Москвы

### Содержание номера:

**Н.В. Симашкова, Л.П. Якупова.**  
Тяжелые формы атипичного аутизма  
в детском возрасте 1

**И. Бенд, Э. Хэчт.**  
Аутизм глазами сестры.  
Взгляд девочки на аутизм ее брата.  
Книга для детей  
о высокофункциональном аутизме  
и сходных нарушениях развития.  
*Перевод с английского Э.Л. Федотовой* 23

**Л.А. Виноградова.**  
«Я читаю...».  
*Методическое пособие* 31

**Э.Е. Уэрнер.**  
Дети «Садового острова» 41

### Из педагогического наследия

**Л.Г. Оршанский.**  
Вспомогательная школа  
для умственно отсталых детей 50

### Из родительского и педагогического опыта

**С. Соколянская.**  
Просто жить 67

Этот номер журнала подготовлен при финансовом содействии Попечительского совета Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков (с ранним детским аутизмом) Департамента образования города Москвы.

На 1-й странице обложки фото Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков Департамента образования города Москвы.

В оформлении журнала использованы рисунки аутичных детей.

Журнал «Аутизм и нарушения развития» зарегистрирован в Министерстве Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации ПИ № 77-13883 от 1 ноября 2002 г.

Журнал издается с марта 2003 г.  
Периодичность – 4 номера в год, объем 72 с.

Подписной индекс по каталогу агентства  
«Роспечать»  
на 2009 год - 82287.

По вопросам приобретения отдельных номеров журнала  
можно обращаться по телефонам в Москве:  
(495) 619-74-87, 128-98-83, (499) 504-14-20.

Статьи и материалы для публикации просьба  
направлять по адресу: 127427, г. Москва,  
ул. Кашенкин Луг, д. 7.  
E-mail: satur033@online.ru

При перепечатке ссылка на журнал «Аутизм и нарушения развития» обязательна.

Отпечатано в типографии «Миколпринт»,  
г. Москва, 8-я ул. Соколиной горы, 28

# Тяжелые формы атипичного аутизма в детском возрасте

(клинические, нейрофизиологические, коррекционные аспекты)

*Н.В. СИМАШКОВА, Л.П. ЯКУПОВА*

Аутизм – одно из расстройств, наиболее активно изучаемых в детской психиатрии. Возрастное медицинское и социальное значение аутистических расстройств связано не только с их более точной диагностикой, выявляемостью и, соответственно, уточнением распространенности (по данным F. Volkmar и A. Klin (41), от 0,7 до 21,1 на 10000 детей, по данным С. Gillberg (33) – до 50-100 случаев на 10000), но и с тем, что аутизм был выявлен при различных заболеваниях, в структуре которых он нередко выступает как психотическая составляющая (1, 16, 18-21).

Понятие атипичного аутизма впервые было сформулировано в МКБ-10 (15) как общее расстройство развития, которое отличается от аутизма либо по возрасту начала, либо по симптоматике. В указанную классификацию включены атипичный детский психоз и умеренная умственная отсталость с аутистическими чертами.

К настоящему времени сложилось два основных направления в изучении атипичного аутизма в детском возрасте. Первое из них включает в себя выделение случаев эндогенного процессуального аутизма, когда атипичный аутизм выступает в структуре

шизофренического психоза (17-21, 25).

Второе направление связано с исследованием атипичного аутизма как синдрома в рамках заболеваний разной нозологической природы (1, 3, 4, 6, 12, 14, 28, 29, 31, 32, 39).

Н.В. Симашковой (19) показано, что к атипичному аутизму в детском возрасте относятся большинство наиболее тяжелых психотических форм аутизма в структуре нозологически разных заболеваний: при злокачественной детской шизофрении, синдроме Дауна, Мартина-Белла, синдроме Ретта, при которых аутизм, как первичное негативное расстройство, отмечается на всем протяжении болезни.



Целью настоящего исследования было определение клинических границ злокачественных форм атипичного аутизма в детском возрасте, его психопатологических и специфических возрастных проявлений, нозологических особенностей, а также уточнение патогенетических аспектов.

Часть материалов, входящих в рамки этого исследования, были опубликованы ранее (2, 3, 17-21, 27). Настоящая публикация представляет собой расширение наблюдений и их обобщение в аспекте особенностей психотических проявлений злокачественных форм атипичного аутизма в детстве, динамики течения, исходов, лечения и реабилитации.

#### Материалы и методы<sup>1</sup>

В первичную исходную выборку вошло 370 больных с нарушениями психического развития (223 мальчика и 147 девочек в возрасте от 2 до 14 лет). По нозологическим диагнозам они распределились следующим образом: 120 больных с детским процессуальным аутизмом (или ранней детской шизофренией), 100 больных с синдромом Ретта, 50 больных с синдромом Мартина-Белл, 100 больных с синдромом Дауна. Все заболевания, вошедшие в когорту, отнесены в МКБ-10 (1994) к общим (первазивным) расстройствам развития. Выбор исследованных нозологических групп обоснован их наибольшей предрасположенностью к аутистическим расстройствам.

В дальнейшем дифференцированный клинический анализ позволил выделить из этой первичной выборки 80 больных с тяжелыми психотическими формами аутизма (21,5%), что отражает объективную картину частоты в популяции больных с атипичным аутизмом - до 15-20% (1, 3, 17-21, 29, 32,

33). В том числе среди них оказались: с атипичным процессуальным аутизмом (АПА), шизофренического спектра, - 22 больных; с атипичным аутизмом при генетической патологии (хромосомного, генного генеза) - 58 больных (при синдроме Ретта (СР) - 21 больной; при синдроме Мартина-Белл (Х-ФРА) - 19 больных; при синдроме Дауна (СД) - 18 больных). Среди изученных больных было 43 мальчика и 37 девочек.

Все 80 изученных больных со злокачественными формами атипичного аутизма были прослежены клинико-катамнестически на протяжении 7-10 лет. Возраст больных к моменту первичного обследования колебался от 2 до 5 лет (средний возраст 3 года).

Отбор больных осуществлялся с учетом следующих основных критериев:

*Критерии включения:* 1) соответствие состояния больных критериям диагностики общих расстройств развития (F84), атипичного аутизма (F84.11), синдрома Ретта (F84.2) по МКБ-10 [1994]; 2) соответствие критериям диагностики атипичного процессуального аутизма и аутистических расстройств при генетически обусловленной (хромосомной, генной) патологии: синдромах Ретта, Мартина-Белл, Дауна, по классификации НЦПЗ РАМН [2005]; 3) манифестация болезни в первые три года жизни; 4) доминирование аутистической симптоматики на всем протяжении течения болезни; 5) наличие тяжелого аутизма по шкале Childhood Autism Rating Scale - CARS (40) в приступах психоза.

Соответственно, *критериями исключения* явились: 1) другие формы атипичного аутизма при хромосомной патологии (синдромы Ангельмана и др.), при нарушениях обмена веществ (фенилкетонурия, тубероз-

<sup>1</sup> Исследование проводилось на базе поликлинического отделения и дневного полустационара для детей-аутистов Отдела по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма (руководитель - проф. И.А. Козлова) Научного центра психического здоровья РАМН (директор - академик РАМН, проф. А.С. Тиганов).

ный склероз и др.); 2) формы экзогенного аутизма (при органических поражениях ЦНС); 3) другие расстройства аутистического спектра (синдром Аспергера); 4) случаи детских психозов без выраженного проявления аутизма.

Время появления первых признаков атипичного аутизма у больных с разными заболеваниями несколько различалось, о чем свидетельствуют данные таблицы 1.

Приведенные в таблице характеристики достаточно типичны для перечисленных болезней (1, 4, 6, 12, 14, 17-21, 32, 33), т.е. в этом отношении изученная выборка была достаточно репрезентативной.

Характеристику нозологических групп больных дополняют сведения о патологии беременности и родов у матерей больных, а также о наличии патологии периода новорожденности, представленные ниже. Частота патологии беременности была высокой у матерей больных АПА (77%) и СД (83%); значительно меньшей – при СР и Х-ФРА (соответственно в 38% и 42%). Патология родов встречалась чаще всего у матерей больных в группе с СД (78%) и была менее выраженной в группах с АПА (50%), СР

(48%), синдромом Х-ФРА (37%). Сочетание патологии беременности и родов также преобладало у матерей детей, больных синдромом Дауна (78%). Патология периода новорожденности значительно преобладала в группе больных СД (94%) в сравнении с менее выраженной при АПА, СР, Х-ФРА (соответственно, 59%, 52%, 42%).

Основными методами исследования в данной работе были клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический и психометрический.

Для определения выраженности аутизма применялась шкала оценки детского аутизма [Childhood Autism Rating Scale – CARS (40)]. В соответствии с этой шкалой тяжесть аутизма определялась в баллах. Итоговая оценка в диапазоне от 15 до 29 баллов соответствует отсутствию аутизма, легкий/умеренно выраженный аутизм – 30-36 баллов, тяжелый – 37-60 баллов. В диапазоне тяжелого аутизма в ряде случаев дополнительно выделяют крайне тяжелый аутизм – 42-60 баллов.

Дополнительно использовались методы генетического анализа, которые были необходимы для уточнения характера генети-

Таблица 1

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО ВОЗРАСТУ К НАЧАЛУ РАЗВИТИЯ АТИПИЧНОГО АУТИЗМА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Возраст, месяцы	Число больных							
	АПА		СР		Х-ФРА		СД	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
0 - 6	1	4,5	0	-	0	-	0	-
7 - 12	2	9	0	-	9	47,0	0	-
13 - 18	17	77,0	16	76,5	6	32,0	0	-
19 - 24	1	4,5	0	-	3	16,0	4	22,0
25 - 30	0	-	2	9,5	0	-	11	61,0
31 - 36	1	4,5	2	9,5	1	5,0	3	17,0
37 и >	0	-	1	4,5	0	-	0	-
Итого	22	100,0	21	100,0	19	100,0	18	100,0

ческой патологии<sup>1</sup>.

Кроме того проводились электроэнцефалографические исследования с компьютерным статистическим анализом ЭЭГ.

Электроэнцефалограммы (ЭЭГ) регистрировались от 16 областей скальпа (затылочных, теменных, центральных, лобных и 3-х височных обоих полушарий). Использовалась монополярная схема отведения с референтными объединенными ушными электродами. Проводился компьютерный статистический анализ записей, полученных в условиях спокойного бодрствования с закрытыми глазами или в темном помещении, если ребенок не мог закрыть глаза. Анализ ЭЭГ проводился с использованием метода быстрого преобразования Фурье. Сравнивались абсолютные и относительные значения амплитуды спектральной плотности в частотном диапазоне от 1.5-а до 25-и Гц с оценкой достоверности различий групп по T-критерию Стьюдента. Проводилось также статистическое сравнение различий ЭЭГ каждого ребенка с нормативной базой данных ЭЭГ того же возраста (Z-критерий).

В рамках настоящего исследования проводилось также сопоставление особенностей клинических проявлений и течения психозов у изученных больных в переходные возрастные периоды или периоды возрастных кризов: I - в 2-4 года ; II - в 6-8 лет; III - в 12-18 лет [по А.Е. Личко (13)].

Статистическая обработка данных производилась в пакете компьютерных программ Statistica 5.0.

### Результаты исследования

В результате проведенного исследования было установлено, что основной клинико-

психопатологической особенностью развития заболевания в изученных случаях, с учетом психотической составляющей, было его формирование на основе следующих трех клинических аспектов.

*Первый* из них касается проявлений дизонтогенеза, который выявлялся до манифестации психоза и оставался на всем протяжении болезни. Особенности доманифестного дизонтогенеза соответствовали выделенным О.П.Юревой (26) – задержанному или диссоциированному типам и оказались различными в зависимости от нозологической природы заболевания (табл. 2).

Так, на своего рода противоположных полюсах находились атипичный процессуальный аутизм – 100% случаев диссоциированного аутистического дизонтогенеза (и отсутствие задержанного типа) и синдром Дауна и синдром Мартина-Белл – 100% случаев задержанного типа дизонтогенеза (и отсутствие его диссоциированного варианта). Синдром Ретта занимал промежуточное положение, поскольку при нем в 43% встречался диссоциированный дизонтогенез, в 9% - задержанный, в 48% в доманифестном периоде отмечался нормальный онтогенез. После перенесения манифестного и повторных приступов психоза тип дизонтогенеза у всех больных становился задержанным.

*Вторым клиническим аспектом* являются проявления аутизма, которые обнаруживаются у больных в разные сроки (см. табл. 2). Напомним, что по E.Bleuler (30) аутизм проявляется отгороженностью больного от внешнего мира с уходом в мир внутренний, нарастающей изоляцией от окружающих и погружением в мир фантазий. Более близкое к характеристике аутизма в детстве

<sup>1</sup> Эти исследования осуществлялись в Лаборатории молекулярной цитогенетики нервно-психических заболеваний Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава (руководитель - проф. С.Г. Ворсанова) и в лаборатории клинической цитогенетики Медико-генетического научного центра РАМН (руководитель - проф. Д.В. Залетаев).

Таблица 2

**ТИПЫ ДОМАНИФЕСТНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА  
В РАЗНЫХ ГРУППАХ БОЛЬНЫХ С АТИПИЧНЫМ АУТИЗМОМ**

Заболевание	Дизонтогенез			
	Задержанный		Диссоциированный	
	Абс.	%	Абс.	%
АПА	0	0	22	100
СР	2	9	9	43
Х-ФРА	19	100	0	0
СД	18	100	0	0

*Примечание:* при СР у 10 (48%) больных в доманифестном периоде отмечался нормальный онтогенез.

определение, в котором отражены понятия не только Е. Bleuler, но и L. Kanner (36), а также других детских психиатров, дано А.С. Тигановым и В.М. Башиной (25): «аутизм в детстве представлен кругом расстройств, характеризующихся нарушением психического развития, аутистической формой контактов с окружающими, расстройствами речи, моторики, стереотипностью деятельности и поведения, приводящими к социальной дезадаптации».

И, наконец, *третий клинический аспект*, определяющий злокачественный атипичный аутизм в детстве, представлен собственно психозами [Симашкова Н.В. (18, 19)]. Они имеют место при всех 4-х расстройствах, весьма различных по нозологической природе, и характеризуются следующими общими для всех изучавшихся случаев особенностями. Прежде всего речь идет о регрессивно-кататонических психозах с достаточно четкими этапами (стадиями) развития - аутистической (1-я), регрессивной (2-я) и кататонической (3-я). Кроме того, имеет место приступообразное течение таких психозов с развитием указанных стадий в каждом приступе, переменных

по структуре и по продолжительности – в зависимости от характера расстройства, особенностей дизонтогенеза и собственно тяжелого аутизма, а также длительности заболевания к периоду наблюдения. Говоря о регрессивно-кататонических психозах применительно к изученным наблюдениям, необходимо отметить, что имеется в виду доминирование в клинической картине психоза проявлений общего регресса поведения с утратой многих ранее приобретенных навыков и функций в его сочетании с выраженными двигательными стереотипиями кататонического типа<sup>1</sup>.

Что касается манифестации психоза, то средний возраст больных в этот период при АПА составлял 16,3 + 2,1 месяца, при синдроме Ретта 19,7 + 2,9 месяца, при синдроме Х-ФРА – 14,9 + 2,4 месяца, при СД – 27,5 + 1,4 месяца, т.е. в среднем был в пределах от 1 до 2 лет. При АПА, Х-ФРА, СД манифестные и повторные психозы возникали преимущественно аутохтонно и после сомато- и психогений. Выход из приступов при всех рассмотренных заболеваниях был литическим и сопровождался проявлениями стойкого гипердинамического синдрома. Про-

<sup>1</sup> В дальнейшем именно о регрессе в указанном здесь смысле идет речь при сопоставлении проявлений психоза с нейрофизиологическими данными (ЭЭГ).

должительность приступов психоза как манифестных, так и повторных была самой длительной в группе больных АПА (в среднем 3 года). У больных СД приступы были самыми короткими, но протекали сериями из 3-4-х приступов. Стадии развития болезни при СР приближались по психопатологической структуре к стадиям (этапам) развития регрессивно-кататонического приступа психоза у больных с АПА, Х-ФРА, СД. Особенностью наблюдавшихся приступов при всех 4-х изученных заболеваниях было повторение стадий от 1-й аутистической до 3-й кататонической, через 2-ю стадию регресса. Речь идет о том, что имела место как бы «концентрация» перечисленных стадий в психозе с возвращением к аутистической в межприступном периоде, но с уменьшением степени выраженности аутизма (до легкого/умеренно выраженного).

Частота приступов в изученных случаях была достаточно высокой (табл. 3).

Что касается глубины аутизма, то различия между отдельными нозологическими заболеваниями в доманифестном периоде были незначительными (от 20 до 29 баллов, что по шкале CARS соответствовало «отсутствию аутизма»). В периоде психоза его выраженность колебалась от

30 до 60 баллов. При этом наиболее тяжелой она была во всех случаях на 2-й стадии «регресса» (табл. 4). Глубина аутизма, утяжеляясь в период регрессивно-кататонических приступов психоза, вне его обострений соответствовала легкому/умеренному (30-36 баллов).

Сравнительное изучение психотических форм атипичного аутизма разного генеза в детском возрасте позволило представить также особенности их развития в динамике при отдельных заболеваниях. Остановимся на этих данных.

*Клиническое исследование злокачественных форм атипичного аутизма в детском возрасте*

*Атипичный процессуальный аутизм*

Больные этой группы (22 человека) перенесли за период наблюдения 44 регрессивно-кататонических приступа психоза с тяжелым аутизмом (22 из них были манифестными и 22 - повторными). Аутизм у больных сохранялся на протяжении всего периода наблюдения, изменяясь лишь по степени выраженности: от тяжелого в приступах психоза (37-60 баллов по CARS) до легкого/умеренно выраженного (30-36 баллов) - вне обострений.

Таблица 3

### ЧАСТОТА ПРИСТУПОВ ПСИХОЗА В ИЗУЧЕННЫХ ГРУППАХ БОЛЬНЫХ ЗА ВЕСЬ ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ

Заболевание	Число больных	Общая частота приступов в группе	Среднее число приступов на одного больного
АПА	22	44	2
СР	21	21	1
Х-ФРА	19	57	3
СД	18	132	7

*Примечание:* в случаях СД приступы протекали сериями по 3-4, это объясняет их общее высокое число в сравнении с другими рассмотренными заболеваниями.



Таблица 4

**ТЯЖЕСТЬ АУТИЗМА ПО ШКАЛЕ CARS В БАЛЛАХ В РАЗНЫХ ГРУППАХ БОЛЬНЫХ В ПЕРИОДЕ РЕГРЕССИВНО-КАТАТОНИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ПСИХОЗА**

Стадии психоза Нозология	аутистическая стадия (1-я)	стадия регресса (2-я)	кататоническая стадия (3-я)
АПА	32-50	50-60	45-50
СР	30-45	45-55	45-55
Х-ФРА	40-50	50-60	37-45
СД	37-50	50-55	37-40

Манифестация заболевания имела место в пределах от 4-6 до 36 месяцев жизни (средний возраст 16,3 + 2,1 месяца). Пик манифестации в форме регрессивно-кататонического психоза приходился на возраст 16-18 месяцев. Начало атипичного аутизма было в 19 случаях (86%) аутохтонным, в одном (5%) - психогенным, в двух (9%) - соматогенно обусловленным. Наблюдалась четкая стадийность (этапность) в развитии как манифестного, так и повторных регрессивно-кататонических приступов психоза. 1-я аутистическая стадия психоза (1-6 месяцев) проявлялась отрешенностью, самоизоляцией, угасанием эмоций, снижением активности, остановкой развития с углублением аутизма (от 32 до 50 баллов).

2-я - стадия регресса (6-12 месяцев) характеризовалась дальнейшим снижением активности, нарастанием глубины аутизма до крайне тяжелого (от 50 до 60 баллов), утратой речи, навыков самообслуживания, опрятности, поеданием несъедобного (синдром Пика). На этом этапе психоза становились особенно выраженными двигательные стереотипии. Следует подробнее остановиться на стереотипной активности, поскольку она является одним из диагностических критериев детского и атипичного аутизма по МКБ-10 (15). Больные совершали самые различные движения верхними

конечностями: вытягивали пальцы рук и тут же сжимали их в кулак, накладывали один палец на другой, быстро выбрасывали пальцы вперед, сжимали их в кулачки и вертели ими перед глазами, поднимали руки на уровень плеч или держали высоко над головой. Возвращались свойственные более ранним этапам развития примитивные жесты в виде хаотических атетозоподобных движений в пальцах кистей. Больные периодически напрягали мышцы торса, прижимали согнутые в локтевых суставах руки к туловищу и тут же совершали разнообразные причудливые движения, взмахивали руками, как крыльями, потирали кисти друг о друга. При этом у данных больных регресс почти не затрагивал крупную моторику. Калейдоскоп двигательных стереотипий был настолько велик, а их характер и смена столь частыми, что поведенческие фенотипы при АПА менялись в течение коротких временных промежутков. В связи с этим, для уточнения нозологического диагноза и дифференциации с другими формами психотического атипичного аутизма на данном этапе, возникала необходимость проведения молекулярно-генетического обследования.

3-я - кататоническая стадия психоза (от 1,5 до 2-х лет) характеризовалась смягчением выраженности тяжелого аутизма (от



50 до 45 баллов), появлением выраженных кататонических расстройств в форме двигательного возбуждения с манежным бегом, кружениями, раскачиваниями по диагонали или из стороны в сторону в положении стоя, сидя и лежа, прыжками, лазанием по мебели, карабканием вверх с импульсивностью, негативизмом, недержанием белья, глотанием пищи кусками, однообразными двигательными стереотипиями в кистях рук.

По завершении 3-й стадии у всех 22-х больных АПА имел место постепенный (литический) выход из психоза. В ремиссии выступало устойчивое гиперкинетическое расстройство с импульсивностью, неврозоподобные (в виде примитивных навязчивостей) расстройства. Аутизм смягчался (от 38 до 32 баллов), при этом частично преодолевался регресс в развитии. Появлялась слабая познавательная активность. Больные реагировали на окружающих, но эмоциональная привязанность к родным не формировалась. Больные лучше понимали обращенную речь, но экспрессивная речь не восстанавливалась. Формировались навыки опрятности. В целом аутизм в виде отгороженности от окружающей действительности со стереотипными формами деятельности сохранялся на протяжении всего заболевания.

Сопоставление по времени стадий развития описанных психозов и физиологи-

ческих кризовых периодов у больных показало следующее: манифестные приступы психоза возникали в I-м кризовом периоде, в то время как во II-м физиологическом кризовом периоде (в возрасте от 6 до 8 лет) развернутые регрессивно-кататонические приступы психоза с выраженным моторным возбуждением, как правило, не возникали. Отмечались лишь фазные колебания активности (с длительностью в 1-2 недели) в виде усиления двигательного возбуждения с лазанием, ползанием, прыжками, игрой с пальцами рук, углублением аутистических расстройств (32-40 баллов), сменявшиеся гиперактивностью без углубления аутизма. Тотальная глубокая задержка в психическом развитии во II-м кризовом периоде онтогенеза (относительно благоприятном для психического развития) не преодолевалась, и больные были необучаемыми.

В периоде III-го физиологического возрастного криза (в пубертатном возрасте) все больные с АПА переносили повторные, близкие по психопатологической структуре к манифестным, но менее продолжительные (6-10 месяцев) регрессивно-кататонические приступы психоза, с углублением аутизма (50-60 баллов), остановкой психического развития и последующим нарастанием олигофреноподобного дефекта.

#### *Атипичный аутизм при синдроме Ретта*

В каждом из 21-го изученного случая наличие синдрома Ретта было подтверждено молекулярно-генетическим методом (определялся ген MeCP2 или наличие неравной инактивации хромосомы X).

Манифестация заболевания в выделенной группе больных определялась в пределах от 13 до 36 месяцев жизни (средний возраст 19,7 + 2,9). Пик манифестации болезни, так же как и у больных детским процессу-

альным аутизмом, приходился на возраст 16-18 месяцев жизни ребенка. Начало заболевания было у 12 больных (57%) аутохтонным, у 6-ти (29%) – психогенным, у 3-х (14%) – соматогенно обусловленным. Атипичный аутизм у этих больных сохранялся на протяжении всего периода наблюдения (более 10 лет) и изменялся лишь по степени выраженности на разных стадиях болезни.

На основании детального изучения установлены следующие особенности клинических проявлений стадий развития болезни при СР с атипичным аутизмом: для 1-й стадии – аутистической (3-10 месяцев) были характерными аутистическое отрешение, нарушение коммуникативных навыков, появление индифферентности к окружающим, снижение познавательной активности, замедление психофизического развития с последующей его остановкой, а также продуктивные расстройства в форме фобий, аффективных нарушений (дистимии или гипомании с дурашливостью). Аутизм в течение этой стадии углублялся от 30 до 45 баллов, т.е. от легкого/умеренно выраженного до тяжелого.

На 2-й стадии - регресса (от нескольких месяцев до полутора лет) у больных интерес к окружающему полностью утрачивался, они переставали реагировать на родных, не смотрели в глаза, целиком погружались в свой собственный мир. Выраженность аутизма продолжала углубляться (от 45 до 55 баллов). Игровая деятельность стереотипизировалась и переходила на протопатический уровень, исчезали навыки самообслуживания и опрятности, пропадала экспрессивная и рецептивная речь. В кистях рук возникали движения древнего архаического уровня: «моющего» или потирающего типа и ряд других движений – битье кистями по подбородку, касание пальцами

рук подбородка, носа, шеи, груди, заведение рук назад, за спину, поднятие их над головой, потягивание себя за волосы или за уши. Эти движения заполняли почти все время, они совершались стереотипно и насильственно, прерывались только при их удерживании или во сне. При этом нарастала редукция целенаправленных ручных движений, отмечалась полная утрата приобретенных к этому времени навыков: больные переставали захватывать и удерживать в руках предметы. Кроме ручных стереотипий, у больных СР отмечались также стереотипные движения языка, облизывание пальцев кистей, закладывание их и предметов в рот. Нарушалась крупная моторика, походка становилась атактической, больные часто спотыкались. Частично у них утрачивалась способность спускаться с лестницы, но в целом навык ходьбы сохранялся.

3-я стадия болезни, которая обозначается в литературе как «псевдостационарная», характеризовалась периодически возникающим двигательным возбуждением с импульсивностью и негативизмом, бруксизмом, двигательными стереотипиями. Описанные расстройства было трудно отличить от кататонических<sup>1</sup>.

Постепенно выраженность аутистической отрешенности становилась колеблющейся, возобновлялись попытки кратковременного общения, восстанавливалась глазная реакция. Глубина тяжелого аутизма на данной стадии болезни смягчалась от 55 до 45 баллов. Оживлялось эмоциональное отношение к родным. Стереотипии в моторной сфере сохранялись, но становились менее интенсивными, приобретали более обыденный характер, перемежались «светлыми промежутками». При ослаблении интенсивности двигательных стереотипий смягчалась отрешенность, отмечалась

<sup>1</sup> В данном исследовании 3-я стадия болезни при СР названа кататонической.

положительная динамика в развитии рецептивной и частично экспрессивной речи. Насильственные движения видоизменялись, протекали с характером навязчивостей.

Описанная 3-я стадия болезни у больных СР с атипичным аутизмом, как указывают ряд исследователей (31, 34), может продолжаться десятилетиями. По нашим наблюдениям, на 3-й стадии болезни были возможны колебания состояния (преимущественно во II-м и III-м кризовых периодах онтогенеза), возникающие как аутохтонно, так и после психогений или соматогений, проявляющиеся в углублении аутистических расстройств (до 40-45 баллов): усилении двигательных стереотипий с периодическим углублением регресса, сменяющиеся через короткие промежутки времени (2-3 недели) проявлениями гипердинамического синдрома с суетливостью, бесцельным перемещением в пространстве, импульсивностью и уменьшением выраженности аутизма (до 32-37 баллов). Это делало течение болезни на 3-й стадии синдрома Ретта волнообразным.

Однако, ни у одного из обследованных нами больных с атипичным аутизмом при СР за период наблюдения (более 10 лет) полной утраты навыков ходьбы и спастической ригидности (перехода в IV стадию «тотальной деменции», описанную при синдроме Ретта рядом исследователей (1-3, 5, 31), не наступило. В 1/3 изученных случаев при СР с атипичным тяжелым аутизмом к концу 2-й - началу 3-й стадии возникали различного типа и характера эпилептические припадки.

Следует отметить, что поведенческие фенотипы на 3-й стадии болезни у одних и тех же больных менялись столь часто, что нередко и неоднократно возникала необходимость нозологической дифференциации этих случаев с атипичным процессуальным аутизмом.

### *Атипичный аутизм при синдроме Мартина-Белл*

Диагноз синдрома Мартина-Белл, или ломкой X-хромосомы (X-ФРА), у всех 19-ти больных был подтвержден методами молекулярной генетики. Манифестация заболевания в этих случаях происходила в возрасте от 7 до 36 месяцев (средний возраст  $14,9 \pm 2,4$ ). Пик манифестации в форме регрессивно-кататонического приступа психоза приходился на 12-14 месяцев жизни. Начало заболевания у 16-ти больных (84%) было аутохтонным, у одного (5%) - психогенным, у 2-х (11%) - соматогенно спровоцированным. Больные атипичным аутизмом при X-ФРА перенесли 57 регрессивно-кататонических приступов (19 манифестных и 38 повторных). Глубина аутизма менялась от тяжелого в приступах психоза (37-60 баллов) до легкого/умеренно выраженного (30-36 баллов) вне обострений. В этих случаях также наблюдалась четкая стадийность (этапность) в развитии регрессивно-кататонического приступа психоза, имеющего, однако, свои отличительные особенности.

Так, 1-я - аутистическая стадия приступа (6-12 месяцев) характеризовалась доминированием у больных отторжения тактильного контакта с матерью, что сочеталось с боязливостью, избеганием взгляда. Резко снижалась активность, останавливалось психическое развитие. Выраженность аутизма соответствовала тяжелой его степени (40-50 баллов). К особенностям аутистического поведения у этих больных можно отнести его осциллирующий характер с периодически возникающей тенденцией к смягчению отрешения.

На 2-й - регрессивной стадии (12-24 месяца) степень аутизма еще более углублялась (от 50 до 60 баллов), нарастала отрешенность, утрачивались навыки самообслуживания, опрятности. Нарушалось понимание

обращенной речи, обеднялся словарный запас. У больных речевой поток с ускоренным «выпаливанием» отдельных слов все чаще сопровождался запинками, персеверациями. На фоне снижения психической активности речь распадалась на отдельные слоги, но через короткие промежутки времени (10-15 минут) на фоне подъема активности она могла вновь становиться связной. Были особенно выраженными двигательные стереотипии архаического уровня: потряхивания кистями при эмоциональном оживлении, взмахи их на уровне плеч, как «крыльями», «поперечные» движения кистями. Больные в положении лежа поочередно сгибали и разгибали руки в локтевых и ноги в коленных суставах («молотящие» движения), совершали «рубящие» движения руками, складывали кисти рук в «замок» и били ими себя по подбородку, кусали первый и второй пальцы рук, тыльную поверхность кисти (до образования мозолей на коже).

3-я - кататоническая стадия (3-6 месяцев) приступа психоза у больных с атипичным аутизмом при X-ФРА была менее выраженной. Двигательное возбуждение чередовалось с субступорозными состояниями. Больные то раскачивались в положении сидя или стоя, подпрыгивали, совершали повороты вокруг себя, бесцельно бегали по кругу или по прямой, то застывали в позе «султана» или, подкладывая одну согнутую в коленном суставе ногу под себя, заводили голову под локоть (как «под крыло»). У всех больных была выражена эхолалия, у большей части – элективный мутизм. Двигательные стереотипии со временем видоизменялись и упрощались. Степень аутистических расстройств была колеблющейся в пределах тяжелого аутизма (от 37 до 45 баллов). У 2-х больных отмечались эпилептические приступы.

Спустя в среднем 3 года после манифестации психоза наступал выход из психотического состояния, в периоде которого уменьшались проявления аутизма (с 37 до 32 баллов), но сохранялись колебания активности, преобладали гиперактивность с поведенческими расстройствами, агрессией к окружающим. Отмечалась лишь незначительная положительная динамика в психическом развитии.

Что касается динамики развития психозов и периодов физиологических кризов, то у всех этих больных во II-м и III-м возрастных кризовых периодах отмечались повторные регрессивно-кататонические приступы, близкие к манифестным по психопатологической структуре, но менее продолжительные. Глубина аутизма в последующих приступах вновь резко нарастала и соответствовала его тяжелой степени (45-55 баллов). В ремиссиях, напротив, явления аутизма смягчались (до 30-36 баллов), на первый план в клинической картине выступали проявления задержанного дизонтогенеза с нарастающими проявлениями гипердинамического синдрома. Описанных ранее в литературе (1, 9, 10) проявлений нарастания астении с тотальным снижением активности, свойственного собственно динамике синдрома Мартина-Белл, не отмечалось.

На высоте регрессивно-кататонического психоза больных с атипичным аутизмом при X-ФРА по поведенческому фенотипу (клинической картине) было сложно отличить от больных атипичным процессуальным аутизмом в периоде перенесения ими регрессивно-кататонического психоза. В ряде случаев для уточнения диагноза больным проводили повторное молекулярно-генетическое исследование.

*Атипичный аутизм при синдроме Дауна*  
Диагноз СД у всех больных был подтвержден с помощью методов цитогенети-

ческого исследования. За все время наблюдения 18 больных этой группы перенесли 132 регрессивно-кататонических приступа психоза. Как и в других группах больных, аутизм в этих случаях, также сохраняясь на всем протяжении наблюдения, менялся по степени выраженности от тяжелого в приступах до легкого/умеренно выраженного вне обострений. Манифестация атипичного аутизма при СД в форме регрессивно-кататонического приступа психоза возникала в возрастном периоде от 24-х до 36-и месяцев (средний возраст  $27,5 \pm 1,4$ ) и в 16-ти случаях (88%) была аутохтонной, в одном (5%) - психогенной, в одном (5%) - соматогенно обусловленной. Пик манифестации приходился на возраст 26-28 месяцев.

На 1-й - аутистической стадии приступа (1-2 месяца) доминировали отрешенность, нарушения коммуникативных навыков, нарастание индифферентности к окружающим, углубление дизонтогенеза задержанного типа с последующей остановкой психического развития и задержкой моторного развития (особенно навыка самостоятельной ходьбы). Глубина аутизма увеличивалась от 37 до 50 баллов.

2-я - регрессивная стадия (1-2 месяца) приступа психоза характеризовалась полной утратой навыков самообслуживания, опрятности, регрессом речи, игровой деятельности, протопатическими формами познания окружающей действительности, появлением выраженных двигательных стереотипий: перебирание пальцами по средней линии тела перед грудью, поперечные движения кистью у подбородка, битье сложенными пальцами себя по лицу, хаотические атетозоподобные движения в кистях рук. Глубина аутизма соответствовала тяжелой степени (50-55 баллов). Эмоции значительно обеднялись, формировалась симбиотическая форма общения с близкими.

Интеллектуальное развитие, задержанное изначально, еще более снижалось.

3-я - кататоническая стадия (2-3 месяца) была наиболее выраженной в этой группе больных. Кататоническое возбуждение сменялось ступорозными состояниями. Больные то переползали по мебели, карабкались вверх, раскачивались из стороны в сторону, то застывали в эмбриональных позах, в позе «ежа». Отмечались стереотипные атетозоподобные движения в пальцах кистей, заведение рук за голову, за спину, активный негативизм. Глубина аутизма соответствовала тяжелому (40-50 баллов).

Спустя 4-7 месяцев с момента манифестации психоза наступал постепенный выход из приступа со смягчением аутизма (до 37-40 баллов). Больные начинали обращать внимание на происходящие рядом события, в их речи появлялись отдельные слова. При этом сохранялась гиперактивность с двигательным беспокойством, импульсивностью, психопатоподобными расстройствами.

В периоде I-го физиологического возрастного криза (с 2-х до 4-х лет) все больные с атипичным аутизмом при синдроме Дауна переносили серии из 2-3-х регрессивно-кататонических приступов (с продолжительностью отдельных приступов в серии до 5-7 месяцев), сходных между собой по психопатологической структуре. В целом продолжительность серий приступов составляла 1,5-2 года. Выраженность аутизма в приступах была тяжелой степени (37-55 баллов). После перенесенных повторных психотических состояний с тяжелым аутизмом у всех больных углублялась задержка умственного развития.

Во II-м отставленном физиологическом кризовом периоде (7-9 лет) обострений с углублением аутистических расстройств не отмечалось. В 2/3 случаев значительно улучшалось понимание обращенной речи. В

экспрессивной речи формировались собственные короткие фразы с редкими аграмматизмами, правильным использованием местоимений по отношению к собственной личности. Больные овладевали слоговым чтением, запоминали основные цвета. Улучшалась крупная и, в меньшем объеме, мелкая моторика. Развивались эмоции. Мышление оставалось конкретным. В этом периоде развития дети начинали обучение по программе вспомогательной школы. Глубина аутизма у них по шкале CARS соответствовала легкому/умеренному (31-36 баллов). В остальной 1/3 случаев у больных с атипичным аутизмом при синдроме Дауна остановка в психическом развитии, возникшая в период перенесения серии регрессивно-кататонических приступов в I-м физиологическом кризовом периоде, в последующем – II-м кризовом периоде не преодолевалась, речь не формировалась, углублялась УМО. Больные были необучаемыми.

В периоде III-го физиологического возрастного криза (пубертатном возрасте) все 18 больных переносили повторные серии сходных по картине регрессивно-кататонических приступов (до 3-4-х приступов с продолжительностью отдельных приступов в серии по 2-3 месяца). Степень аутизма значительно утяжелялась (от 40 до 60 баллов). У 1/3 больных интеллектуальный дефект по структуре приближался к дефекту при болезни Альцгеймера (с утратой навыков, ориентировочной реакции, познавательной активности, речи). Аутизм вне обострений болезни соответствовал по глубине легкому/умеренно выраженному (от 31 до 36 баллов), но не уходил окончательно.

*Особенности картины ЭЭГ у больных с тяжелыми формами атипичного аутизма в детском возрасте*

Нейрофизиологическое обследование

больных проводилось в динамике с определенной периодичностью на всех этапах регрессивно-кататонических приступов и в межприступных промежутках на протяжении последующего динамического наблюдения. При этом данные психического статуса точно по датам соотносились с результатами ЭЭГ-исследования. При каждой нозологической форме имелась определенная картина нарушений ЭЭГ, как у 80 больных со злокачественными формами атипичного аутизма, переносивших регрессивно-кататонические психозы, так и у 290 больных с первазивными расстройствами без указанных психозов, что, по-видимому, обусловлено типом дизонтогенеза, свойственного тому или иному заболеванию. В регрессивно-кататонических психозах характер ЭЭГ изменялся в зависимости от стадии развития психотического приступа, но при этом отмечались общие для разных нозологических форм патологии изменения.

Остановимся на этом более подробно с учетом ранее опубликованных данных (8, 21, 27). При АПА в доманифестном периоде на фоне диссоциированного аутистического дизонтогенеза (100%) регистрировался сформированный  $\alpha$ -ритм, характеристики которого соответствовали ЭЭГ, свойственной здоровым детям того же возраста. Этот ритм не разрушался на протяжении течения болезни, но его выраженность зависела от стадии регрессивно-кататонических приступов психоза, так же как и выраженность  $\theta$ -ритма. На 2-й - регрессивной стадии регрессивно-кататонического приступа психоза отмечалось значительное усиление  $\theta$ -ритма при значительном уменьшении  $\alpha$ -ритма. Снижение остроты психоза с редукцией регрессивных проявлений сопровождалось редукцией  $\theta$ -ритма. При этом индекс  $\alpha$ -ритма повышался. На 3-й - кататонической стадии приступа  $\theta$ -ритм значи-



тельно нивелировался, доминировал возрастной  $\alpha$ -ритм и сохранялся повышенным индекс диффузной  $\beta$ -активности.

При синдроме Ретта с атипичным аутизмом на фоне задержанного (9%), диссоциированного (43%) доманифестного дизонтогенеза и в 48% нормального онтогенеза на 1-й стадии течения болезни чаще всего наблюдалась ЭЭГ-картина со сформированным соответственно возрасту  $\alpha$ -ритмом. В дальнейшем по мере развития болезни  $\alpha$ -ритм редуцировался. Постепенно на первый план в картине ЭЭГ выходил  $\theta$ -ритм, который на 3-й псевдостационарной стадии развития болезни становился доминирующей активностью во всех зонах коры.

Динамика картины ЭЭГ при СД с атипичным аутизмом имела прямо противоположную направленность, по-видимому, свойственную характеру задержанного дизонтогенеза (100%), обусловленного трисомией по 21 хромосоме. Изначально в ЭЭГ отсутствовал соответствующий возрасту  $\alpha$ -ритм, а в затылочных зонах коры регистрировался его ранний функциональный аналог. Во всех зонах доминировала ритмическая  $\theta$ -активность. В дальнейшем отмечалось постепенное уменьшение  $\theta$ -ритма, который лишь периодически усиливался во время перенесения больными регрессивно-кататонических приступов психоза (на 2-й

стадии регресса). На 3-й - кататонической стадии усиливался  $\beta$ -ритм.

При X-ФРА в картине ЭЭГ на фоне задержанного (100%) дизонтогенеза в доманифестном периоде присутствовал выраженный  $\theta$ -ритм, который сохранялся длительное время на протяжении болезни. При этом  $\alpha$ -ритм у большинства больных отсутствовал и с возрастом не формировался. По-видимому, такая картина изменений в ЭЭГ при данном заболевании обусловлена свойственным ему характером биохимических нарушений, которые в свою очередь связаны с длительным действием мутантного гена. В манифестном и повторных регрессивно-кататонических приступах психоза, в период 2-й регрессивной стадии выраженность  $\theta$ -ритма усиливалась, резко снижался индекс  $\alpha$ -ритма (если он был сформирован). На 3-й - кататонической стадии в ЭЭГ наблюдалось усиление  $\beta$ -ритма. При данном заболевании, чаще всего сопровождающемся выраженной  $\theta$ -активностью, присутствие тяжелого аутизма на определенных стадиях регрессивно-кататонических приступов психоза, как правило, усиливало картину имеющихся нарушений в ЭЭГ.

Таким образом, при всех изученных заболеваниях для картины ЭЭГ на стадии регресса в психозе была характерна редукция  $\alpha$ -ритма, если он был до этого сформирован, появление, либо усиление  $\theta$ -ритма. Наличие кататонии без регресса на 3-й стадии регрессивно-кататонического психоза не сопровождалось появлением  $\theta$ -ритма в ЭЭГ, но в этот период значительно усиливался  $\beta$ -ритм. При улучшении клинического состояния восстанавливался  $\alpha$ -ритм, заметно уменьшалась или редуцировалась  $\theta$ -активность.

Полученные нейрофизиологические данные позволяют заключить, что наличие выраженной ритмической  $\theta$ -активности при



атипичном аутизме может рассматриваться как ЭЭГ-коррелят незрелости, остроты состояния и регресса психических функций.

*Коррекция больных с тяжелыми формами атипичного аутизма*

Как показало настоящее исследование, подходы к фармакотерапии атипичного аутизма в периоды перенесения регрессивно-кататонических приступов психоза с тяжелым аутизмом разного происхождения (при атипичном процессуальном аутизме, синдроме Мартина-Белл, синдроме Дауна, и на 2-3-й стадиях болезни при синдроме Ретта) были едиными. Лечение включало комбинированное базисное использование преимущественно типичных, реже атипичных нейролептиков (при АПА) с антипсихотической активностью в сочетании с нейропротективной, нейротрофической терапией ноотропами. Больные также получали антидепрессанты, антиконвульсанты, цереброваскулярные, диуретические средства, витамины. Применялись типичные нейролептики, в основном, производные фенотиазина [тизерцин (6,25 - 25 мг/сутки), терален (2,5-10 мг/сутки), ларгактил (10-20 мг/сутки), этаперазин (2-8 мг/сутки), апотрифлуоперазин, стелазин (2,5-5 мг/сутки), неулептил (1-15 мг/сутки)]; производные тиоксантена [хлорпротиксен, труксал (5-15 мг/сутки)]; производные бутирофенона [галоперидол (0,2-1 мг/сутки)]; замещенные бензамиды [эглонил (50-150 мг/сутки)]; атипичные нейролептики: производные дибензодиазепина [азалептин, лепонекс (6,25-12,5 мг/сутки.)], rispолепт [0,2-1 мг/сутки]. Как типичные, так и атипичные нейролептики применялись обязательно в сочетании с противопаркинсоническими антихолинергическими препаратами [циклодол, паркопан (0,5-4 мг/сутки)].

*Курсовое лечение ноотропами*<sup>1</sup> комбинировали с базисной терапией нейролептиками на ранних этапах (со 2-й стадии «регресса») с целью сокращения сроков остановки в развитии, выраженности регресса и смягчения формирующейся тяжелой задержки развития, гипердинамического синдрома. Применяли нейропептиды и их аналоги [церебролизин (1,0 в/м № 10), кортексин (10 мг - 2,0 № 10), церебрамин (10 мг/сут. - 3 недели), аминокислоты [глицин (300 мг/сутки - 1 месяц), «биотредин» (1 табл./сутки - 1 месяц)], производные пирролидона [пирацетам и его аналоги - ноотропил, луцетам (400-600 мг/сутки - 2 недели)]; производные гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) [фенибут (125- 250 мг/сутки - 2 месяца), пантогам (250-500 мг/сутки - 2 месяца)].

С целью купирования невротоподобных расстройств, гипердинамического синдрома использовались антидепрессанты: ингибиторы нейронального захвата [амитриптилин (6,25-12,5 мг/сутки), мелипрамин (6,25-12,5 мг/сутки), анафранил (6,25-12,5 мг/сутки), лудиомил (5-20 мг/сутки), азафен (6,25-25мг/сутки)]; избирательные ингибиторы нейронального захвата из группы СИОЗС [золофт (12,5-25 мг/сутки)].

Противосудорожные препараты, действующие преимущественно на центральные нейромедиаторные аминокислоты [депакин, конвулекс (50-300 мг/сутки)]; ингибиторы возбуждающих нейромедиаторных аминокислот [ламиктал (25-50мг/сутки)]; иминостильбены [финлепсин (50-150 мг/сутки)] были направлены на купирование двигательных стереотипий различного происхождения, судорожных состояний (при СР и Х-ФРА); одновременно использовался также антипсихотический и стимулирующий

<sup>1</sup> Согласно данным Н.Н. Заваденко (2005), в группу ноотропов включены также нейропептиды, аминокислоты, многокомпонентные лекарственные средства.

щий эффект малых доз указанных препаратов, направленный на преодоление собственно аутизма.

Диуретические средства [лазикс (1-2 мг/сутки), диакарб (125-250 мг/сутки), магния сульфат] применялись в острых состояниях для лечения гипертензионного синдрома и для смягчения кататонического возбуждения.

Из *поливитаминов* применяли преимущественно «Пиковит».

Методы психофармакотерапии легкого/умеренно выраженного аутизма (вне кризовых обострений) были также сходными в указанных 4-х нозологически разных группах больных, но в целом кардинально отличались от применяемых в периоде перенесения регрессивно-кататонического приступа психоза. Предпочтение отдавали развивающей и восстановительной курсовой терапии глутаматергическими адаптогенами [акатинолу мемантину (1-2,5 мг/сутки) - 2-4 месяца]; нейропептидам и их аналогам [кортексину (10 мг-2,0 № 20), церебрамину (10 мг/сутки - 3 недели), церебролизину (1,0-2,0 в/м № 10-20), семаксу (0,1%) - 50 мкг/сутки - 1 месяц), биолану (в возрастной дозировке - 1 мес.)]; аминокислотам: когитуму (125-250 мг/сутки - 1 мес.), глицину (300 мг/сутки - 1 мес.), «биотредину» (1 табл./сут. - 1 мес.), которые чередовали с курсами ноотропов: фенибута (125-250 мг/сутки. - 1 мес.), пантогама (250-500 мг/сутки - 1 мес.), пирацетама (400-800 мг/сутки. - 2 недели). Назначали фенотропил [50-100 мг/сутки - 1 мес.]; многокомпонентные лекарственные средства [инстенон (-1 табл./сутки - 1 мес.), актовегин (1-2 др./сутки - 2 мес.)]. Применяли также цереброваскулярные средства [винпоцетин, кавинтон (2,5-5 мг/сутки), стугерон (12,5 мг/сутки), глиатилин (400 мг/сутки), мексидол (62,5-125 мг/сутки.)]. Имело место и гомеопатическое

курсовое лечение [церебрум-композитум, убихинон-композитум, коэнзим композитум (2,2 мл в/м № 15)]. Продолжалось лечение противосудорожными средствами, указанными выше, поливитаминами.

Комбинированное лечение ноотропами с нейрорептиками сохранялось только при АПА и включало, наряду с ведущим лечением ноотропами, небольшие дозы нейрорептиков со стимулирующим эффектом [этаперазин (2-4 мг/сутки), rispoleпт (0,2-0,5 мг/сутки)].

Биологическая терапия в максимально ранние сроки уже на фоне регрессивно-кататонического психоза и при дальнейшем течении болезни сочеталась с поведенческой терапией, развивающими формами восстановительного обучения (программа, разработанная Башиной В.М. с соавт, 1989, 1999; программа ТЕАССН, интегрирующая педагогические мероприятия и методы поведенческой терапии (Schopler E et al., 1983, 1995); программа поведенческой терапии АВА (Lovaas O.I., 1987).

*Реабилитационная работа* проводилась комплексно, интегративно группой специалистов различного профиля (детскими психиатрами, психологами, логопедами, педагогами-дефектологами, музыкальными работниками, врачами и методистами ЛФК и др.) на базе различных учреждений (дневных полустационаров, организованных на базе Отдела по изучению проблем детской психиатрии с группой исследования детского аутизма НЦПЗ РАМН, Научных центров, психиатрических больниц и реабилитационных центров Росздрава, Центров психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков Департамента образования г.Москвы, интегративных групп детских садов при преемственности реабилитационных усилий в данных организациях.

Проведенное исследование показало, что даже раннее выявление тяжелых форм атипичного аутизма в детском возрасте с правильной и своевременной постановкой нозологического диагноза и безотлагательное проведение коррекционных мероприятий с применением эффективных современных методов фармакотерапии и реабилитации позволяет достичь лишь незначительных положительных результатов в преодолении когнитивной дисфункции, в восстановлении навыков опрятности, улучшении моторики, адаптации в пределах семьи.

### Обсуждение

При нозологически разных видах тяжелого атипичного аутизма [атипичного процессуального аутизма (или злокачественной детской шизофрении), атипичного аутизма при генетической патологии хромосомного, генного генеза – синдромах Дауна, X-ломкой хромосомы, Ретта] выявлены сходные манифестные регрессивно-кататонические состояния. Несмотря на некоторые различия в сроках манифестации психозов, разную их продолжительность и глубину, эти психозы протекают последовательно по психопатологически сходным стадиям (этапам) развития: аутистической (1-я), регрессивной (2-я), кататонической (3-я). К особенностям формирования регрессивно-кататонического психоза при разных видах злокачественного атипичного аутизма следует отнести первоначальное появление негативных расстройств (аутистических и регрессивных), вслед за которыми возникают позитивные (кататонические) симптомы. Оказалось, что аутистические проявления в психозе достигают своего апогея на стадии регресса в виде выраженной остановки в развитии, предшествующей утрате ранее приобретенных навыков. Обнаруженные факты находят объяснение в поло-

жениях И.В. Давыдовского (9) и Н. Jackson (35) о том, что регресс, как негативное расстройство, является первичным и наступает раньше, чем появляются позитивные расстройства, и что наличие негативных расстройств обуславливает возникновение присущего им круга позитивных симптомов. Так, негативные проявления регресса, выявленные в структуре регрессивно-кататонических приступов разных видов атипичного аутизма, создают предпосылки для появления позитивных кататонических расстройств тяжелых регистров. Позитивные расстройства более легких регистров (в частности, аффективных) в динамике развития регрессивно-кататонического психоза практически не наблюдаются.

Установленная фенотипическая универсальность регрессивно-кататонических приступов психоза, их сходство при разных нозологических видах атипичного аутизма может быть объяснена в аспекте эквивиальности как «общего знаменателя психического расстройства». По И.В. Давыдовскому (9), патогенетической нивелировки этиологических факторов, обусловленной биологически, «природа достигает приспособлением в измененных условиях жизни (болезни) с помощью скромных средств, материалов и способов действия». Согласно А.В. Снежневскому (24), решающая роль в становлении эквивиальности принадлежит так называемой «точке отсчета». В тех случаях, когда исследование ограничивается данной манифестацией психоза, только лишь существующим в момент исследования состоянием, неизбежен вывод об одинаковом, не зависящем от нозологических особенностей болезни, проявлении психических расстройств. В проведенном исследовании такой точкой отсчета предположительно является манифестация регрессивно-кататонического приступа психоза

преимущественно в одни и те же временные периоды (16-18 месяцев жизни) в круге атипичного процессуального аутизма и синдромов Ретта, Мартина-Белл со сходной картиной атипичного аутизма.

Возраст больных с атипичным аутизмом, сопряженный с физиологическими кризовыми возрастными периодами, выступает как фактор условия («пускового момента») в манифестации злокачественных форм атипичного аутизма, играя одновременно и патогенетическую роль. Опираясь на точку зрения о том, что онтогенез нервной системы претерпевает так называемые критические периоды, когда происходят значительные структурно-функциональные перестройки, которые обеспечивают формирование новых физиологических функций, можно предположить, что для этих периодов характерна особая чувствительность к повреждающим факторам. По нашим данным (2, 18), пик начала тяжелых форм атипичного аутизма приходится на 16-18 месяцев жизни ребенка, что совпадает с периодом значительных морфологических преобразований мозга и пиком постнатального лизиса по типу программированной клеточной смерти нейронов в зрительной коре (37). В этом же возрастном периоде происходит существенное увеличение уровня аутоантител к фактору роста нервов (11), которое можно рассматривать как факт подтверждения нарушения развития центральной нервной системы. Этот возраст является также возрастом наиболее существенных изменений биоэлектрической активности мозга: на ЭЭГ здоровых детей отмечено скачкообразное статистически значимое увеличение частоты альфа-ритма в 14-15 месяцев жизни ребенка с 6-7 Гц на 7-8 Гц (7). Патологические воздействия, к которым относится манифестация атипичного аутизма, падающая на

критические периоды онтогенеза ЦНС, по-видимому, могут приводить к нарушениям психического развития, когнитивной дисфункции, возникновению тяжелых расстройств аутистического спектра со сходной клинической картиной, преобладанием аутистических, регрессивных, кататонических расстройств независимо от их разной нозологической принадлежности.

При этом выявляются различия в зависимости от кризовых периодов онтогенеза при каждом из изученных нозологически разных расстройств. При атипичном процессуальном аутизме эндогенного (шизофренического) генеза затяжные регрессивно-кататонические состояния возникают в I-м и III-м кризовых периодах онтогенеза и сопровождаются проявлениями тяжелого аутизма в их структуре. При синдроме Мартина-Белл (Х-ФРА) развитие сходных по картине регрессивно-кататонических психозов, как первых манифестных, так и повторных, четко совпадает по времени со всеми тремя (I-м, II-м, III-м) кризовыми периодами онтогенеза и сопровождается проявлениями тяжелого аутизма в их структуре. При синдроме Дауна регрессивно-кататонические психотические состояния протекают сериями лишь в I-м и III-м кризовых периодах онтогенеза и также сопровождаются углублением аутизма. При синдроме Ретта стадии течения болезни идентичны стадиям (этапам) развития регрессивно-кататонического приступа при АПА, Х-ФРА и СД; манифестация болезни в форме регрессивно-кататонического психоза происходит в I-м кризовом периоде и характеризуется дальнейшим хроническим течением с сохранением аутистических расстройств на протяжении болезни и с волнообразными обострениями состояния во II-м и III-м кризовых периодах онтогенеза (на 3-й псевдостационарной стадии СР).

Все вышеизложенное может служить основанием для рассмотрения регрессивно-кататонических психозов при нозологически разных видах злокачественного атипичного аутизма в рамках единого атипичного детского психоза.

При сходстве клинической картины психоза у изученных форм атипичного аутизма в их структуре имеют место отчетливые нозологически обусловленные различия доминирующих в их картине двигательных стереотипий: подкорковый кататонический - при атипичном процессуальном аутизме и синдроме Дауна, архаический кататонический стволовой - при синдроме Ретта и Мартина-Белл. Такого рода особенности стереотипий можно расценивать как клинический маркер уровней поражения ЦНС (в круге указанных заболеваний).

Отмеченное нами сходство в клинической картине и течении рассмотренных психозов было подтверждено и нейрофизиологическими исследованиями. Независимо от изначальной ЭЭГ-картины, отражающей свойственный каждому нозологическому заболеванию тип дизонтогенеза, развитие тяжелого аутизма в рамках регрессивно-кататонических психозов приводит к существенным изменениям ЭЭГ-показателей, однотипных во всех 4-х нозологических группах больных. Характер нарушений ЭЭГ обнаруживает определенную зависимость от стадии формирования регрессивно-кататонического психоза.

Для всех исследованных заболеваний было характерно либо появление, либо усиление  $\theta$ -ритма в ЭЭГ в период клинического регресса, а также редукция  $\alpha$ -ритма, если он был до этого сформирован. Наличие кататонии без регресса в развернутой стадии болезни в ЭЭГ не сопровождалось появлением  $\theta$ -ритма, но в этот период значительно усиливался  $\beta$ -ритм. При улучшении

клинического состояния восстанавливался  $\alpha$ -ритм, заметно уменьшалась  $\theta$ -активность. Таким образом есть основание считать, что наличие выраженной ритмической  $\theta$ -активности может рассматриваться как ЭЭГ-коррелят незрелости и регресса.

Выявленное клиническое сходство психотических проявлений в картине регрессивно-кататонических приступов психоза при изученных нозологически разных видах атипичного аутизма, подтвержденное единством ЭЭГ-картины, подчеркивает универсальность феномена тяжелого атипичного аутизма в детском возрасте.

В проведенном исследовании удалось показать, что атипичный процессуальный аутизм при злокачественной детской шизофрении отмечается уже в продромальном периоде (в форме аутистического дизонтогенеза - с пониженной эмоциональностью, асоциальностью). С отрешенности, самоизоляции, остановки развития (аутистического этапа) начинается острый психотический период - манифестный регрессивно-кататонический психоз. Аутизм, углубляясь, сосуществует с последующим регрессом (утратой ранее приобретенных навыков) и выступает как синдром дефицита (38). Атипичный процессуальный аутизм проходит сквозным симптомом как в манифестных, так и в повторных регрессивно-кататонических приступах, обуславливая остановку психического развития, смягчаясь по глубине, сохраняется и в ремиссии, препятствует положительным тенденциям онтогенеза и, как первичный негативный симптом, почти не купируется на терапии. После перенесенного манифестного регрессивно-кататонического психоза диссоциированный аутистический дизонтогенез становится глубоко задержанным. В случаях катастрофически протекающего процесса с годами формируется близкий к тоталь-

ному необратимый олигофреноподобный дефект, который постепенно совершенно перекрывает собой специфический шизофренический дефект [Симсон Т.П. (22)].

При других формах злокачественного атипичного аутизма (не шизофренического спектра) при генетически обусловленной патологии – синдромах Дауна, X-ломкой хромосомы психотический период течения болезни также проявляется только в форме регрессивно-кататонического психоза, который развивается на фоне тотально задержанного дизонтогенеза, обусловленного основным заболеванием. Манифестный психоз также начинается с аутистического этапа. Первичные негативные расстройства в форме аутизма являются необратимыми. Положительные тенденции онтогенеза не оказывают влияния на психическое развитие больных детей. Наряду с первичными негативными симптомами выступают когнитивные нарушения в форме дальнейшего снижения интеллекта, безвозвратной утраты речи, познавательной активности, дефицита внимания.

Как показало проведенное исследование, злокачественный атипичный аутизм при нозологически разных болезнях является одинаково тяжелым первичным негативным расстройством. Он безвозвратно останавливает психическое развитие ребенка, приводя к тотально задержанному дизонтогенезу, формированию олигофреноподобного дефекта при АПА и СР и углублению умственной отсталости при СД и X-ФРА.

Подходы к лечению тяжелых форм атипичного аутизма являются едиными в периоды перенесения больными регрессивно-кататонических приступов психоза и включают комбинированное использование преимущественно типичных нейролептиков

с антипсихотической активностью с антиконвульсантами, антидепрессантами, ноотропами.

Вне обострений психоза при X-ФРА, СД, СР, при снижении глубины аутизма показаны ноотропы разного спектра действия. Комбинированная терапия сохраняется лишь при АПА и включает, наряду с ведущим лечением ноотропами, небольшие дозы нейролептиков со стимулирующим эффектом. Реабилитационные мероприятия следует проводить на фоне медикаментозного лечения на всех этапах течения болезни. Тяжелый злокачественный атипичный аутизм, являясь по сути своей синдромом дефицита, резистентен к проводимой медикаментозной терапии, является малокурабельным расстройством. Новым подходом в стратегии лечения атипичного аутизма, направленным на уменьшение первичных негативных симптомов, является коррекция глутаматергической дисфункции нейропротективными средствами (акатинол мемантин, препараты магния). Их использование может явиться эффективным дополнением к антипсихотической схеме лечения.

В заключение следует отметить, что впервые на репрезентативном клиническом материале дано клинко-психопатологическое описание разных видов злокачественного атипичного аутизма в детском возрасте. Доказано, что он характеризуется как психическое расстройство психотического уровня с преимущественно регрессивно-кататоническими проявлениями и дефицитарной симптоматикой, манифестирующее в раннем детском возрасте как в структуре атипичного детского психоза, так и психозов при умственной отсталости с аутистическими чертами (синдромах Ретта, Мартина-Белл, Дауна).

### Литература

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. - М.: Медицина, 1999. - 236 с.
2. Башина В.М., Симашкова Н.В., Горбачевская Н.А., Якупова Л.П., Кожушко Л.Ф., Изнак А.Ф. Клинические, нейрофизиологические и дифференциально-диагностические аспекты изучения тяжелых форм раннего детского аутизма // Журн. невропатол. и психиатр. - 1994. - Т. 94. - № 4. - С. 68-71.
3. Башина В.М., Симашкова Н.В., Грачев В.В., Горбачевская Н.А. Речевые и моторные расстройства при синдроме Ретта // Журн. неврол. и психиатр. - 2001. - Т. 01. - № 7. - С. 20-24.
4. Ворсанова С.Г., Улас В.Ю., Юров Ю.Б. и др. Клинико-генетические корреляции при синдроме Ретта: изучение российской когорты больных // Журн. неврол. и психиатр. - 2002. - Т. 102. - № 10. - С. 23-29.
5. Ворсанова С.Г., Юров И.Ю., Шейзон П.М., Юров Ю.Б. Современные представления о синдроме Ретта: клинические, генетические и биохимические аспекты // Психиатрия, научно-практический журнал. - 2003. - № 1. - С. 62-70.
6. Ворсанова С.Г., Юров И.Ю., Воинова-Улас с соавт. Эпигенетические нарушения при аутистических расстройствах: анализ российской когорты больных синдромом Ретта. XIV съезд психиатров России. - М., 2005. - С. 188-189.
7. Галкина Н.С., Боравова А.И. Спектрально-когерентный анализ альфа-ритма как рациональное направление в изучении развития ЦНС в раннем онтогенезе // В сб.: Ритмы, синхронизация и хаос в ЭЭГ. - М., 1992. - С. 17.
8. Горбачевская Н.А., Якупова Л.П. Особенности картины ЭЭГ у детей с разными типами аутистических расстройств. В кн.: Аутизм в детстве. - М.: Медицина, 1999. - С. 131-170.
9. Давыдовский И.В. Проблема патогенеза // Вестн. АМН СССР, 1964. - № 9. - С. 81-86.
10. Денисова Л.В. Умственная отсталость с ломкой X-хромосомой. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1986.
11. Ключник Т.П. Аутоантитела к фактору роста нервов при невропсихических заболеваниях и нарушениях развития нервной системы. Дисс. ... докт. биол. наук. - М., 1997.
12. Куприянова Т.А. Вариабельность фенотипических проявлений у больных и гетерозиготных носительниц ломкой X-хромосомы. Дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1991. - 186 с.
13. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. - Л.: Медицина, 1979. - 336 с.
14. Маринчева Г.С., Гаврилов В.И. Умственная отсталость при наследственных заболеваниях. - М., 1988. - 256 с.
15. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.А. Нуллера и С.Ю. Циркина. - СПб.: Оверлайд, 1994. - 303 с.
16. Психиатрия детского и подросткового возраста / Под ред. К.Гиллберга и Л.Хеллгрена / Под общ. ред. П.И.Сидорова. Пер. со швед. Ю.А. Макковеевой. - М.: ГОТтар-мед, 2004.
17. Симашкова Н.В. Новые подходы к проблеме атипичного аутизма. XIV съезд психиатров России. - М., 2005. - 223 с.
18. Симашкова Н.В. Психотические формы атипичного аутизма в детском возрасте // Журн. неврол. и психиатр. - 2006. - Т. 106. - № 10. - С. 17-26.
19. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте. Дисс. ... докт. мед. наук. - М., 2006. - 220 с.
20. Симашкова Н.В., Якупова Л.П. Атипичный аутизм у детей с синдромом Дауна (кли-

- нические и нейрофизиологические аспекты) // Психиатрия, научно-практический журнал. - 2004. - № 01 [07]. - С. 7-15.
21. Симашкова Н.В., Якупова А.П., Башина В.М. Клинические и нейрофизиологические аспекты тяжелых форм аутизма у детей // Журн. неврол. и психиат. - 2006. - Т. 106.- № 7. - С. 12-19.
  22. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. - М., 1948. - 131 с.
  23. Скворцов И.А., Ермоленко Н.А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - 368 с.
  24. Снежневский А.В. Нозология психозов. Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии / Под ред. Н.К. Боголепова, И. Темкова. - М.: Медицина, 1974. - С. 156-169.
  25. Тиганов А.С., Башина В.М., Современные подходы к пониманию аутизма в детстве // Журн. неврол. и психиат. - 2005. - Т. 105. - № 8. - С. 4-13.
  26. Юрьева О.П. О типах дизонтогенеза у детей, больных шизофренией // Журн. неврол. и психиат. - 1970. - Т. 70. - Вып. 8. - С. 1229-1235.
  27. Якупова А.П., Симашкова Н.В. Некоторые особенности ЭЭГ детей с аутистическими расстройствами. XIV съезд психиатров России., Москва, 2005. - С. 502.
  28. Acosta M.T., Pearl P.L. Genetic aspects of autism. In: Autism: A neurological disorder of early brain development // Mac Keith Press. - 2006. - P. 93-114.
  29. Bailey D.B., Hatton D.D., Skinner M., Mesibov G. Autistic behavior, FMR1 protein? And developmental trajectories in young males with fragile X syndrome // J. Autism Dev Disord.. - 2001. - Vol. 31. - P. 165-174.
  30. Bleuler E. Руководство по психиатрии. - Берлин, 1911; 1920.
  31. Gillberg C., Coleman M. The biology of the autistic syndromes. Clinics and Developmental Medicine, 1992, 126, 317 p.
  32. Gillberg C. Clinical child neuropsychiatry. Cambridge: University Press 1995, 366 p.
  33. Gillberg C. Autism spectrum disorders. In: 16th World Congress of International Association for child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (Berlin, 22-26 august 2004), Darmstadt, 2004, p. 3.
  34. Hagberg B. Rett syndrome: Clinical peculiarities, diagnostic approach, and possible cause // *Pediatr Neurol.* - 1989. - V. 5. - P. 75-83.
  35. Jackson J. Selected Writings. - London, 1931.-Vol. 1.
  36. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child*, 1943, 2, p. 217.
  37. Klekamp Y., Riedel A., Harper C., Kretschmann H.J. Quantitative changes during the postnatal maturation of the human visual cortex. // *J Neurol Sci.* - 1991.-Vol.103.-N 2. - P.136-143.
  38. Moller HJ. Clinical evaluation of negative symptoms in schizophrenia / *European Psychiatry* 2007-22 - P. 380-386.
  39. Rogers S.J., Webner D.E., Hagerman R. The behavioral phenotype in fragile X: symptoms of autism in very young children with fragile X syndrome, idiopathic autism, and other developmental disorders // *J Dev Behav Pediatr.* - 2001. -Vol. 22. - P. 409-417.
  40. Schopler E., Reichler R.J., Renne B.R. The Childhood Autism Rating Scale. 1988.
  41. Volkmar F.R., Klin A. Pervasive developmental disorders. In: *Comprehensive text-book of psychiatry.* V. 2. Eds. B.J. Sadock, V.A. Sadock. Philadelphia, 2000, p. 2659-2678.

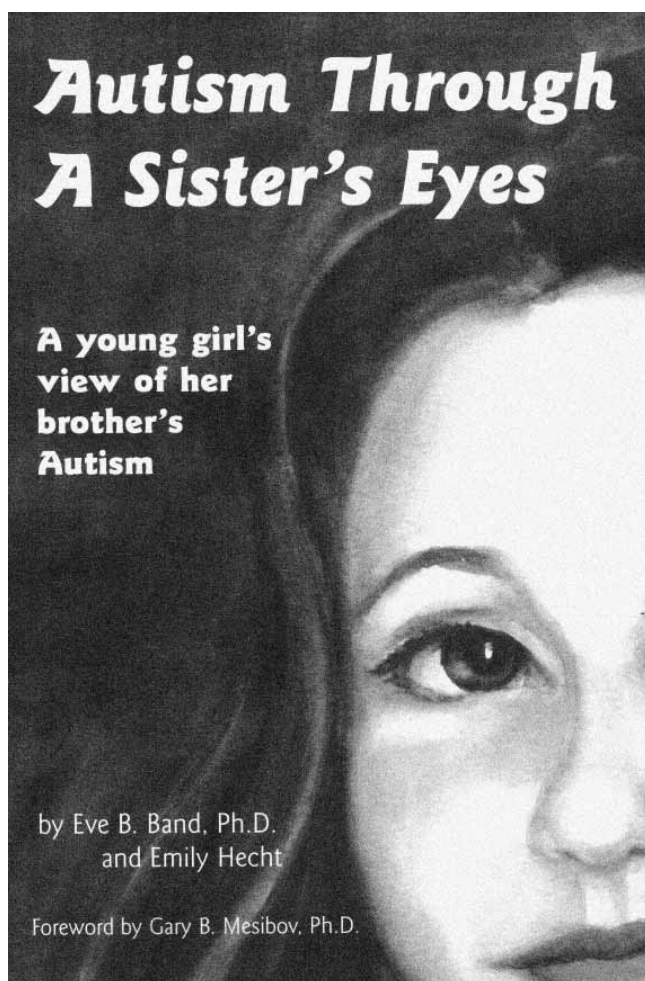


# Аутизм глазами сестры.

## Взгляд девочки на аутизм ее брата.

Книга для детей о высокофункциональном аутизме и сходных нарушениях развития\*

И. БЕНД, Э. ХЭЧТ



### Введение

Представления об аутизме постепенно становятся все более отчетливыми, так как увеличивается количество детей с расстройствами аутистического спектра. Мы же в этой книге хотим обратить внимание на

сиблингов - детей, которые в своей повседневной жизни связаны с братом или сестрой с высокофункциональным аутизмом или синдромом Аспергера. Надеемся, что родители и дети прочитают эту книгу вместе. Эта книга также нацелена на то, чтобы предоставить сиблингам более точную информацию именно о высокофункциональном аутизме и подобных расстройствах. Во-вторых, мы ставим себе цель поделиться опытом и обсудить возникающие у сиблингов чувства, такие как чувства гнева, замешательства, тревоги, ощущения ответственности, заботы и гордости. В заключении книги предлагаются вопросы, обсуждение которых вместе с ребенком поможет родителям и детям начать разговор на волнующие темы.

Так как все большее количество детей с высокофункциональным аутизмом или синдромом Аспергера начинают обучаться в интегрированных классах школ, возникает необходимость в материалах для информирования одноклассников и ровесников. Если здоровые дети будут знать о том, что такое аутизм, им будет легче справляться со своими чувствами, и они начнут лучше понимать свою роль одноклассника и друга такого ребенка. Материалы этой книги

\* Перевод глав книги Eve B. Band, Emily Hecht "Autism through a sister's eyes. A young girl's view of her brother's Autism". - A book for children about high-functioning Autism and Related Disorders. - Future horizons inc., USA, 2001.



могут быть использованы учителями, терапевтами и другими специалистами.

Эта книга очень личная. Несмотря на то, что ее написала Ив Бенд - доктор наук, клинический психолог, она передает мысли, чувства и опыт Эмили Хечт, 9-летней девочки, имеющей брата с высокофункциональным аутизмом. Основанная на многочисленных беседах с Эмили, ее родителями и ее братом Дениелом, книга передает, как видит Эмили аутизм ее брата. Информация об аутизме как о заболевании представлена доктором Бенд в форме, доступной детскому пониманию. Особых различий между высокофункциональным аутизмом и синдромом Аспергера нет, хотя ведутся постоянные разговоры специалистов о том, является синдром Аспергера формой высокофункционального аутизма или это отдельное расстройство.

В этой книге мы решили говорить об аутизме в основных его проявлениях, чтобы отразить, по возможности, весь спектр аутистических расстройств. Автор наде-

ется, что эта книга поможет многим и особенно тем, кто живет или работает с людьми с высокофункциональным аутизмом или с синдромом Аспергера. В работе над книгой мы старались говорить не только о трудностях Дениела, но и о положительных моментах, о его успехах. Мы будем считать, что достигли своей цели, если после прочтения этой книги вы не только узнаете для себя что-то новое, но и измените свое представление обо всем этом.

### Предисловие автора

Я бы хотела поблагодарить за помощь в создании этой книги очень многих людей. Я очень благодарна моему мужу и детям: Стивену, Анне и Ребекке за их терпение и понимание. Я благодарна семье Хечт, Дэвиду, Бэс, Эмили и Дениелу за их участие и поддержку, без которых написание этой книги было бы невозможно. Знакомство с ними стало для меня настоящим подарком судьбы.

Я также хочу поблагодарить Вейн Гилпин и Поли Макглюю из Future Horizons за редактирование и помощь в публикации и Сью Линн за прекрасные иллюстрации. Доктор Гари Месибов, Линн Медли, Элайн Вильямс, доктор Стивен Бенд и Дэвид Бенд - это люди, которые вносили много своих комментариев по ходу написания этого текста. Я также очень благодарна за поддержку и помощь Элен Гиллетт, Венди Гелбер, Кэйти Лопез и Лизе Бенд.

И конечно хочу вспомнить о родителях и детях, в семьях которых воспитывается ребенок с аутизмом или синдромом Аспергера, с которыми мне удалось познакомиться за время своей работы. Эта книга посвящена им, и я благодарна им за вдохновение и понимание, с которым они относились к моей работе.

*Ив Бенд*

### Предисловие семьи

Нам хочется поблагодарить многих и многих людей за вдохновение и поддержку. Участие в написании этой книги было для нас не только приятным, но и полезным. Это помогло нам увидеть себя обычной семьей, со всеми радостями и трудностями, с которыми мы сталкиваемся ежедневно.

Было много прекрасных учителей, специалистов и врачей, которые помогли нам идти по этому жизненному пути вместе с Дениелом. Постоянная поддержка всегда окружала нас в лице друзей и родственников, и это помогало нам находить силы для того, чтобы двигаться вперед в воплощении в жизнь этой идеи. Эта книга для нас – возможность выразить свою признательность и отблагодарить этих людей.

Мы особенно хотим поблагодарить доктора Ив Бенд. Она делилась с нашей семьей необходимой информацией, оказывала постоянную поддержку и направляла нас в течение этих лет. Отдельная благодарность доктору Стивену Бенд за его терпение, которое он проявлял ко всем нам в течение долгих месяцев, пока шла работа над этой книгой.

*Бэс, Дэвид, Дениел и Эмили Хечт*

### Предисловие

Возможность работать с такими учениками как Ив Бенд, – это то, что меня очень привлекает в моей работе. Я знаю Ив еще с того времени, когда она сначала была выпускницей ВУЗа, а затем аспиранткой и клиническим психологом в Университете Северной Каролины в Чапел Хилл. Я всегда с нетерпением ждал наших разговоров, потому что Ив отличалась рассудительностью, и у нее всегда было много интересных идей. Вспоминая Ив в те годы, могу сказать, что у нее был большой творческий потенциал, воодушевление, глубокое понимание проблемы и талант писателя. С тех пор

почти ничего не изменилось, хотя прошло уже 10 лет, и в этой книге можно обнаружить названные качества Ив, которые сделали книгу интересной для читателя.

Творческий подход и умение находить нестандартные решения различных ситуаций помогли Ив найти свой способ общения с читателем, который она использовала в этой книге. Одна из ее клиенток, Эмили Хечт, столкнулась с целым комплексом проблем, присущих сиблингу ребенка с аутизмом. Ив начала писать эту книгу в ходе своих встреч с Эмили, и это помогло им обоим лучше сформулировать свои мысли о проблемах, беспокоящих сиблингов. Во время работы с девочкой у Ив возникали нестандартные идеи, которые она, с разрешения Эмили и ее родителей, смогла воплотить в этой замечательной книге.

В этой книге сочетаются естественное непосредственное отношение к ситуации маленькой девятилетней девочки и профессиональный взгляд специалиста. В результате получилась интересная комбинация.

Работать с такими учениками как Ив всегда приятно и почетно, поэтому немного печально расставаться с ними, когда они уходят в «свободное плавание», чтобы достичь чего-то в этом мире самостоятельно. Грусть постепенно проходит, потому что я продолжаю общаться с детьми и наблюдать за тем, как они растут и развиваются. С Ив это чувство грусти выросло в чувство большой гордости и удовлетворения за такое ее творение как эта книга, и я понимаю, что в этом есть и моя, хоть и небольшая, заслуга. Очень приятно осознавать, что теперь многие узнают об Ив и ее идеях, прочитав, я уверен, с удовольствием, эту книгу.

*Доктор Гари Б. Месибов,  
Профессор и Директор отделения  
TEACCH департамента психиатрии Уни-  
верситета Северной Каролины*

## Введение

Впервые меня попросили посмотреть Дениела Хечта в 1995 году, когда я работала консультантом в школе графства Балтимор по программе аутизма и первазивных расстройств. Ему было 6 лет, и моей задачей было оценить его интеллектуальный уровень и подтвердить диагноз «первазивное расстройство развития». Через 4 года, когда Дениелу было почти 11, его семья обратилась ко мне снова с просьбой посмотреть его младшую 9-летнюю сестру Эмили. Они хотели, чтобы я помогла ей лучше понять своего брата и его расстройство.

Когда Эмили впервые пришла ко мне, она принесла с собой книгу об аутизме, написанную специально для детей, - в книге был приведен пример ребенка с классическим аутизмом и написано о его семье. Мы просмотрели книгу вместе, и я спросила ее, похоже ли то, что описано в этой книге, на ее семью с братом Дениелом. Эмили покачала головой. Она находила во всем этом мало общего со своим личным опытом, и я пообещала ей, что поищу что-нибудь такое, что мы сможем почитать вместе, и что будет более похоже на ее жизнь с братом, страдающим синдромом Аспергера.

На следующей консультации мне пришлось извиниться перед Эмили за то, что я не смогла найти литературу, где бы изображалась жизнь, похожая именно на ее ситуацию. И тогда я и предложила девочке вместе написать книгу, в которой бы описывался ее собственный опыт, и мы решили написать о высокофункциональном аутизме, о синдроме Аспергера, а не о «классическом» аутизме, чтобы помочь ей самой узнать больше о брате. Моя цель была исключительно терапевтической. Мне представлялось, что, помогая Эмили рассказать свою собственную историю, мы вместе с тем обсудим ее эмоции и чувства по отношению



к брату, и она сможет лучше понять своего брата, получив необходимую информацию об этом расстройстве развития. Постепенно мы с Эмили стали все более и более втягиваться в наш «проект». Я была тронута и воодушевлена ее рассказами о жизни с Дениелом. И когда мы с Эмили наконец-то прочитали нашу «книгу» ее родителям (она состояла всего из 8-10 страниц), никто не скрывал слез. Я помню, как сказала тогда ее родителям, Давиду и Бэс, о том, что такая «реальная» книга могла бы помочь таким же детям, как Эмили, у которых есть братья и сестры с высокофункциональным аутизмом или с синдромом Аспергера.

Это и было началом создания книги «Глазами сестры». С помощью семьи Хечт (я разговаривала с ними, уточняла какие-то моменты) книга немного изменилась и теперь выглядит такой, какой вы ее видите. Решение выставить такие личные записи на всеобщее обозрение далось девочке не сразу и не легко. Я действительно восхищаюсь храбростью Эмили и ее желанием помочь другим детям, у которых в семье есть брат

или сестра с высокофункциональным аутизмом или с синдромом Аспергера. Надеюсь, история Эмили поможет вам лучше понять ваших близких и выбрать верный путь, как она помогла мне.

*Ив Бенд*

## Глава 1

### Знакомство с Эмили

Здравствуйте. Меня зовут Эмили, мне 9 лет. Я хочу рассказать вам о моем одиннадцатилетнем брате Дениеле. Дениел аутист. У него тот вид аутизма, который называется высокофункциональным, его также называют синдромом Аспергера. Как сестре Дениела мне нужно было многое знать о высокофункциональном аутизме. Мне нужно было понять, что это такое и что с этим делать в семье. До того как я узнала об аутизме, я не могла понять, почему мой брат так сильно отличается от меня и от других детей, которых я знала. Я не понимала, почему он так часто говорил громко сам с собой, почему повторял то, что говорила я, или отвечал мне тем же самым, что говорила ему я сама, или почему он хлопал в ладоши, когда был сильно взволнован.

Мама с папой рассказывали мне, что я часто у них спрашивала: «Почему Дениел так делает?», когда он делал что-нибудь странное или смешное. Но когда я узнала об аутизме и синдроме Аспергера, это на самом деле помогло мне лучше понять моего брата. Я знаю теперь, почему Дениел делает многие вещи не так, как я, и что мне делать с этим. Я бы хотела рассказать вам о том, что узнала сама. Мне кажется, что если у вас есть брат или сестра, одноклассник или кто-то из членов семьи с высокофункциональным аутизмом, то вам надо узнать об этом побольше, и это вам очень поможет.

## Глава 2

### Познакомьтесь с Дениелом

При первом взгляде на моего брата Дениела вы ничего не заподозрите, он выглядит как совершенно нормальный человек. Он довольно симпатичный. У него темные волосы и карие глаза, и так же как у вас и у меня, у него 2 глаза, 2 уха, по две руки и ноги, он ходит, бегаёт, говорит, ест и играет. Если бы вы увидели нас с ним вместе, как мы идем по улице или играем в мяч, вы вряд ли бы смогли догадаться, что он чем-то отличается от других. Но если вы понаблюдаете подольше, то начнете замечать, что в нем есть что-то, что отличает его от других мальчиков его возраста.

Иногда Дениел просто начинает громко разговаривать сам с собой. Мы можем пойти в магазин или еще куда-нибудь, и он ни с того, ни с сего начинает нести бессмыслицу. Когда мы играем в прятки, мы, конечно, любим издавать смешные звуки, но Дениел продолжает разговаривать сам с собой, даже когда он ищет меня, так что это выглядит, как будто он разговаривает с привидением. Иногда он начинает громко смеяться над вещами, которые совсем не кажутся смешными, и никто вокруг больше не смеется. Еще, когда он выходит из дома, ему обязательно надо с собой взять что-нибудь, какую-нибудь игрушку или книгу, обычно это связано с мультфильмами Уолта Диснея. Когда я была маленькой, это не казалось мне странным, и я тоже иногда носила с собой любимые игрушки. Но сейчас мне уже девять, и я уже так не делаю, потому что большая. Дениел не понимает, что это выглядит глупо и смешно: ведь ему уже 11 лет!

Если вы подойдете и попытаетесь заговорить с Дениелом, он обычно ведет себя дружелюбно и без проблем скажет, как его

зовут, и сколько ему лет. Но он не сможет рассказать, где он живет, свой номер телефона, и при этом может не смотреть на вас, когда вы с ним разговариваете. И если вы спросите его еще о чем-то, например, попросите посмотреть его Game Boy, он может ответить «нет» или сказать что-нибудь совершенно бессмысленное. Дениел не понимает, каким образом работает его электронная игра Game Boy. Однажды он подумал, что это наш знакомый сломал ее, потому что он играл в нее, когда батарейки разрядились. Денилу трудно было понять, что иногда батарейки садятся, и это совсем не значит, что вещь сломалась. И теперь, когда приходит этот мальчик, Дениел прячет свою игру, чтобы «не сломать».

### Глава 3

#### У Дениела тоже есть чувства

Иногда я переживаю из-за того, что люди, которые не знают, что у Дениела аутизм, могут подумать, что он очень странный. Я боюсь, что они начнут смеяться над ним, если он громко смеется или говорит что-нибудь бессмысленное. Есть еще одна проблема: Дениела очень легко обидеть. И хотя он не чувствует сарказма и может не понять тонких или завуалированных подшучиваний над собой, но у человека с аутизмом тоже есть чувства, и он может обидеться. И может быть, в следующий раз, когда вы увидите человека, который покажется вам странным, вы задумаетесь о том, что у него может быть аутизм или еще какое-нибудь расстройство, и что у него тоже есть чувства, точно так же как у вас или у меня, которые легко задеть.

Надеюсь, что мой рассказ о брате поможет вам понять и почувствовать себя более комфортно с такими людьми, как он. Надеюсь, вы также поймете, как важно говорить

ему приятные слова, хвалить и не обижать. Ведь, в конце концов, у Дениела не спрашивали, хочет ли он быть аутистом, так же как мы с вами не выбираем при рождении себе цвет волос или глаз. Он не может справиться с тем, чтобы не быть странным или смешным. Но ему все равно хочется быть любимым и принятым другими детьми, так же как мне и вам.

### Глава 4

#### Как я узнала об аутизме

Когда мы с родителями встретились с врачом Дениела, она рассказала нам, что аутизм - это проблема, которая проявляется, когда ребенок еще совсем маленький, когда ему еще нет и 3-х лет. Ребенка с аутизмом называют «аутичным». Многие говорят, что аутизм - это такой тип отклонений, когда дети испытывают проблемы с общением, играми и обучением. Не все аутисты одинаковые. У некоторых аутистов ярко выраженные проблемы, которые сильно заметны. Это обычно бывает при умеренной и сильной выраженности аутизма. У других детей проблемы не так сильно выражены, и их трудно сразу распознать. Это называется «высокофункциональный аутизм или синдром Аспергера».

Дети не «вырастают» из аутизма и не избавляются от него с возрастом, но если им помочь, то можно решить многие проблемы. Дети с аутизмом думают, чувствуют и ведут себя по-другому, имеют проблемы с мышлением и поведением, потому что их мозг работает не так, как у вас и у меня. Некоторые части их мозга работают неправильно с самого их рождения. Вы не можете «заразиться» от кого-нибудь аутизмом, как вы могли бы подхватить простуду или грипп. Врачи и ученые много работают, чтобы понять, чем отличается мозг человека

с аутизмом, и найти способы помощи аутичным детям.

## Глава 5

### Средне- и сильно выраженный аутизм

Во-первых, разрешите рассказать вам о средней (умеренной) степени аутизма и о тяжелой степени (сильно выраженном аутизме). Такие дети обычно имеют проблемы с тем, чтобы научиться говорить и правильно вести себя в обществе - знакомиться, играть с другими и понимать, что говорят люди. Многие дети с тяжелым и умеренным аутизмом не любят громкие звуки, яркие цвета, вообще сильные эмоции, они терпеть не могут, когда к ним прикасаются. Обычно им не нравится, когда вокруг много людей, и большая шумная толпа может вывести их из себя. Они также очень не любят, когда что-то меняется, происходит не так, как всегда (например, всегда на завтрак едят кукурузные хлопья «Нестле», и вдруг однажды утром мама дает другие хлопья, потому что этих не оказалось в магазине).

Иногда дети с аутизмом тяжелой степени любят делать необычные вещи, повторяя их снова и снова, например, раскачиваться вперед и назад, бегать по кругу или подолгу смотреть на свет. А еще, многие дети со средним и выраженным аутизмом не знают, как играть с обычными детьми. Они не умеют воображать что-то, играть понарошку с игрушками. Но при этом они могут проводить много времени, выстраивая свои игрушки в длинный ряд или пробовать разные предметы на вкус.

Многие дети со средней и тяжелой степенью аутизма обычно предпочитают строгий порядок во всем. В учебе таким детям нужно гораздо больше помогать, поэтому они обычно учатся в специальных школьных

классах. А у некоторых аутистов бывают большие таланты, у них очень хорошо получаются некоторые вещи, например, музыка, математика, кто-то легко собирает сложные пазлы или быстро запоминает разные факты или даты. И хотя среди детей с аутизмом нечасто встречаются те, у кого особые таланты и умения, некоторые умеют делать совершенно невероятные вещи, например, выполнить в уме сложные арифметические действия с числами за несколько секунд.

## Глава 6

### Высокофункциональный аутизм

Теперь позвольте мне рассказать подробнее о моем брате Дениеле. Как я уже говорила, у Дениела тот вид аутизма, который называется высокофункциональным (ВФА). Иногда врачи и другие специалисты также называют это первазивное расстройство развития или синдром Аспергера. Это можно перепутать, потому что Дениел может вести себя как ребенок с более выраженным аутизмом, хотя на самом деле его проблемы не настолько серьезны. Из-за этого моим родителям и врачам было не так просто определить, что у Дениела действительно аутизм (диагноз аутизм брату поставили, только когда ему исполнилось 3 года). Но мои мама и папа уже забеспокоились, когда они заметили у него проблемы в более младшем возрасте, потому что Дениел гораздо позже научился говорить и играть, чем другие дети.

Когда я была маленькой, я не знала, что Дениел чем-то отличается от меня и других детей. Помню, когда мне было 3 года, а ему 5, мы с ним вместе играли и веселились. Я была уверена, что он такой же, как я. Но когда мне исполнилось уже 6, я начала замечать, что он от меня отличается. Не знаю, что я почувствовала, когда впервые поняла

это. Меня удивляло, почему, когда он смотрит кино, то смеется над чем-то, что совсем не смешно, и почему он, наоборот, не смеется над смешным. Иногда я замечала, что Дениел начинал хихикать без причины. Потом я начинала смеяться и мои родители тоже, и тогда мы уже смеялись ни над чем все вместе!

## Глава 7

### Как Дениел ведет себя с людьми и заводит друзей

Моему брату Дениелу нравится бывать со мной, нашей семьей и с друзьями. Иногда люди говорят, что дети с аутизмом как будто находятся в своем собственном маленьком мире. Но Дениел обычно ведет себя очень дружелюбно по отношению к другим людям, и у него даже есть друзья. Но ему заводить новых друзей намного труднее, чем мне. Большинство детей с высокофункциональным аутизмом хотят иметь друзей, но они не знают, как подружиться и поддерживать отношения с другими.

Детям нужно научиться делать определенные вещи, чтобы хорошо себя чувствовать с другими людьми и подружиться с кем-нибудь. Например, мы с вами знаем, что нужно смотреть на человека, когда разговариваешь с ним, знаем, как играть вместе в какую-то игру и как можно присоединиться

к чей-то игре (например, можно сказать: «Ух-ты, как у вас здорово, можно мне тоже поиграть с вами?»). Вот этого понимания, как вести себя с людьми, у детей с высокофункциональным аутизмом, как правило, нет. Например, Дениел часто забывает смотреть на человека, который что-то ему говорит, поэтому люди иногда не понимают, слушает он их или нет. И еще Дениелу нравится говорить только о том, что его интересует, например, о своих любимых Диснеевских мультфильмах. Но обычно он забывает спросить у других, что нравится им, и не помнит, что можно говорить о чем-то еще.

Многие дети, такие как я и вы, легко общаются с другими людьми. Мы учимся этому интуитивно, на самом деле не думая об этом, потому что мы постоянно находимся среди других людей, друзей, в семье. А вот Дениелу нужна помощь, чтобы он понял, как можно общаться с другими людьми. Ему нужно практиковаться, и его нужно учить тому, что он должен говорить и что делать, так же как нам с вами надо учиться читать и считать. Дениела учат в школе как вести себя в обществе, а мы дома помогаем ему это повторять, потому что это очень важное умение.

*Перевод Э.А. Федотовой.*

*Продолжение читайте*

*в следующем номере.*

### **Уважаемые читатели!**

Е.М. Мацнева, автор статьи «Правильная диета при аутизме» (№ 4, 2006 г. и № 1, 2007 г.) и статьи «Аутизм и натуропатия» (№ 4, 2007 г.), сообщает, что дополнительную информацию на русском языке о диете и натуропатических добавках для детей с аутистическими расстройствами вы можете найти на сайте:

[www.autismwebsite.ru](http://www.autismwebsite.ru)

На нем работает форум, где можно получить консультацию у Елены Мацневой Certified Nutritional Consultant и д.м.н., проф. Елены Константиновны Колс, MD.

Там же можно пообщаться с сотнями родителей, которые успешно используют эти методы вот уже несколько лет, и прочесть о том, каких результатов им удалось достичь.



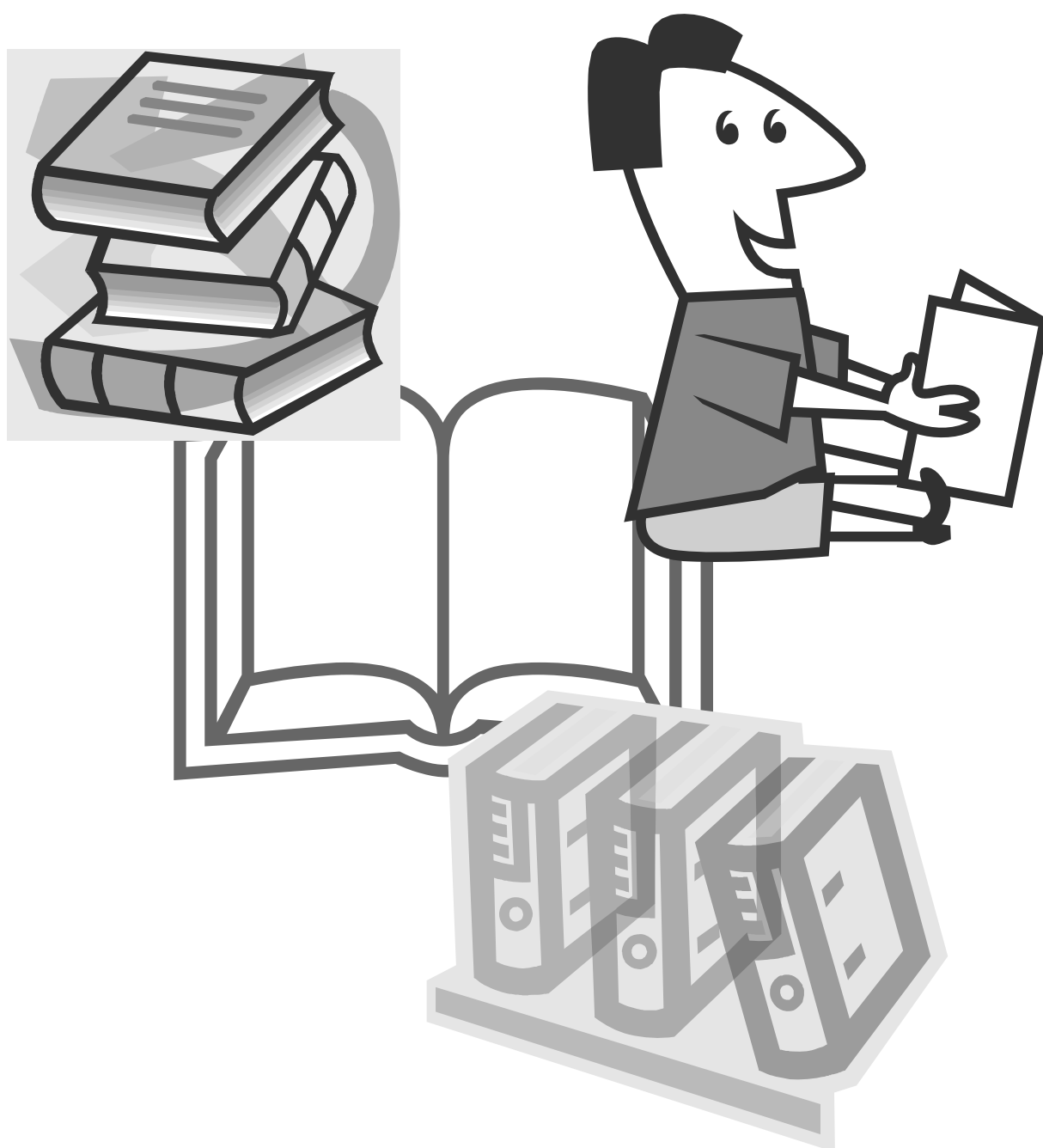
**Л.А. Виноградова**

# **Я ЧИТАЮ...**

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**Часть 1**

**Рабочая тетрадь по чтению**



### «Я ЧИТАЮ...»

Рабочая тетрадь по чтению состоит из текстов и упражнений. Данное пособие разрабатывалось для работы с детьми, имеющими нарушения в формировании навыка чтения (на уровне текста). Его также можно использовать для обучения чтению детей дошкольного и младшего школьного возраста.

**Основная цель пособия** – развитие осознанного чтения.

#### Задачи пособия:

- совершенствовать технику чтения;
- развивать умение ориентироваться в тексте (выделять название рассказа, находить заданное предложение (для ответа) или слово – ответ);
- развивать навык пересказа прочитанного текста.

Данное пособие представлено в виде рабочей тетради, включающей рассказы и задания к ним. Работа над одним текстом может длиться от 1 до 3 дней, что зависит от сложности рассказа и особенностей восприятия прочитанного детьми.

Весь сборник разделен на три части (по степени усложнения). Так, в первой части предлагаются рассказы из 3–6 предложений и задания к ним. В следующей части рассказы усложняются, постепенно вводятся более распространённые предложения и диалогическая речь. Третья часть включает в себя произведения известных отечественных и зарубежных авторов, которые отличаются более сложным смысловым содержанием.

К каждому тексту обязательно предлагаются вопросы и лист для письменных ответов.

В более лёгком варианте вопросы предлагаются к каждому предложению (что помо-

гает детям в поиске ответов) и содержат в себе структуру ответов. При усложнении материала – несколько слов в вопросе заменяются синонимами, меняется последовательность вопросов.

К большинству текстов составлены планы – подсказки для пересказа прочитанного. Предложенные в плане слова берутся из текста и не меняются. На первом этапе – это первые слова из каждого предложения.

Например:

**Рыбка.**

**У Пети рыбка. Она живёт в банке. Рыбка очень маленькая. Петя кормит рыбку. Она ест корм.**

1. У Пети ...
2. Она живёт ...
3. Рыбка очень ...
4. Петя кормит ...
5. Она ест ...

В тетрадях 2 и 3 план к тексту может содержать слова-подсказки, выбранные из середины предложения или заменённые словом-синонимом.

Остальные обучающие упражнения чередуются с интересными (ребусы, кроссворды, раскрашивание...).

Дети занимаются по данному пособию в классе и дома.

#### *Классная работа включает:*

- Повторение домашнего текста прошлого урока, проверка выполнения заданий по нему.
- Чтение нового текста и вопросов к нему.
- Поочередное чтение (по предложению).
- Устное выполнение дополнительных заданий к тексту.
- Пересказ по плану.

Домашняя работа включает:

- Чтение текста.
- Письменное выполнение заданий к тексту.

Данное пособие может быть рекомендовано учителям школ, родителям, учителям-дефектологам.



#### Литература

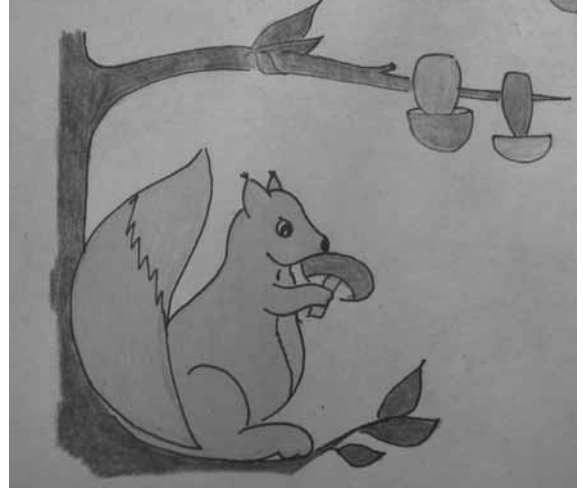
1. Городилова В.И., Кудрявцева М.З. Чтение и письмо: Сборник упражнений по исправлению недостатков письма и чтения. – М.: Аквариум, СПб.: Дельта, 1996.
2. Козырёва О.А., Кутакова К.А. Читай! Размышляй! Пиши!: Карт. - задания по рус. яз., чтению и развитию речи. 1 кл. – М.: ВЛАДОС, 2005.
3. Кондранина Т.И. Чтение. 1 класс. Сборник текстов и упражнений по развитию навыков техники чтения. – М.: Школа XXI век.
4. Тикунова Л.И. Учимся писать изложение и сочинение. 1 класс: рабочие тетради: в 2-х частях. – М.: Росткнига, 2005.
5. Тикунова Л.И. Раздаточные материалы по чтению. 1 класс. – М.: Дрофа, 2004.
6. Узорова О.В., Нефедова Е.А. Обязательный минимум начального образования по чтению: 25 уроков: 1 класс. – М.: АСТ: Астрель, 2006.
7. Интернет-источник: <http://www.machaon.ru/kuski/sol/>

Имя \_\_\_\_\_ Число \_\_\_\_\_ К/Д \_\_\_\_\_



Прочитай рассказ:  
Белка.

На ветку елки прыгнула белка.  
У белки в лапах был гриб.  
Белка повесила его на сук.  
Хорош гриб!



Вопросы:

1. Кто прыгнул на ветку ёлки?
2. Что было у белки в лапах?
3. Куда белка повесила гриб?

Запиши свои ответы:

-----  
-----  
-----

Сколько предложений в тексте?

Продолжи предложения:

На ветку елки прыгнула \_\_\_\_\_

У белки в лапах был \_\_\_\_\_

Белка повесила его на \_\_\_\_\_

Хорош гриб!

Составь из слов предложение:

У белки, гриб, в, был, лапах.

Найди это предложение в тексте и подчеркни красным карандашом.

Имя \_\_\_\_\_ Число \_\_\_\_\_ К/Д \_\_\_\_\_



Прочитай рассказ:  
Белка живет в дупле.

Белка живет в дупле. Там её дом. В дупле запасы. Белка сушит грибы. Носит домой орехи и шишки.



Вопросы:

1. Как называется рассказ?
2. Где живёт белка?
3. Что белка хранит в дупле?
4. Что сушит белка?
5. Что ещё носит белка в дупло?

Запиши свои ответы:

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

Имя \_\_\_\_\_ Число \_\_\_\_\_ К/Д \_\_\_\_\_

Продолжи предложения сам(а):

Белка живет...

-----

Там её...

-----

В дупле...

-----

Белка сушит...

-----

Носит...

-----

Имя \_\_\_\_\_ Число \_\_\_\_\_ К/Д \_\_\_\_\_

Прочитай предложения и расставь их в правильном порядке:

В дупле запасы.

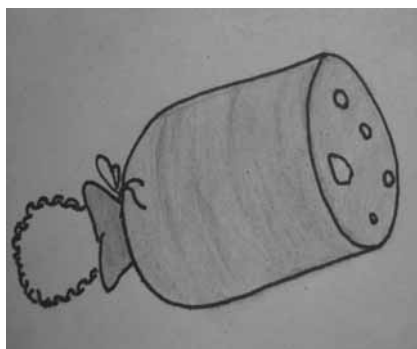
Белка живет в дупле.

Носит орехи и шишки.

Там её дом.

Белка сушит грибы.

Обведи карандашом те предметы, которые белка хранит в своём дупле:



Имя \_\_\_\_\_ Число \_\_\_\_\_ К/Д \_\_\_\_\_



Прочитай рассказ:  
Во дворе.

Стоял ЧУДЕСНЫЙ день. Ольга и Игорь вышли гулять. Их встретило ласковое солнышко. Белый пушистый снег укрыл весь двор.

Вопросы:

1. О каком времени года говорится в рассказе?
2. Как зовут детей? Куда они пошли?
3. Какой день? \_\_\_\_\_
4. Какое солнышко? \_\_\_\_\_
5. Какой снег? \_\_\_\_\_

Рассмотри рисунки:



Какими предложениями ты продолжил(а) бы этот текст?  
Запиши эти предложения:

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----



Имя \_\_\_\_\_ Число \_\_\_\_\_ К/Д \_\_\_\_\_



Прочитай рассказ:  
За грибами.

Толя и Сёма жили летом у дяди Никиты.  
Утром дети пошли в лес. Нашли старый дуб. Тут Сёма сорвал пять грибов. Мальчик был рад.



Вопросы:

1. Как звали мальчиков?
2. Где они жили летом?
3. Куда дети пошли утром?
4. Что нашли дети в лесу?
5. Что сорвал Сёма в лесу?

Запиши свои ответы:

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

Имя \_\_\_\_\_ Число \_\_\_\_\_ К/Д \_\_\_\_\_

Прочитай ещё раз текст.

Продолжи предложения:

\_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_ жили летом у дяди Никиты.

Утром дети пошли в \_\_\_\_\_. Нашли старый \_\_\_\_\_. Тут Сёма сорвал пять \_\_\_\_\_. Мальчик был \_\_\_\_\_.

Начерти ниже схемы к предложениям...

№ 2 =>

№ 3 =>

#### *Литература к разделу*

1. Городилова В.И., Кудрявцева М.З. Чтение и письмо: Сборник упражнений по исправлению недостатков письма и чтения. – М.: Аквариум, СПб: Дельта, 1996.
2. Тихунова Л.И. Учимся писать изложение и сочинение. 1 класс: рабочие тетради: в 2-х частях. – М.: Росткнига, 2005.

*Продолжение читайте в следующем номере.*

# Дети «Садового острова»\*

ЭММИ Е. УЭРНЕР



*В 1955 году 698 детей были вовлечены в исследование, которое проводилось на острове Кауаи (Гавайские острова) более 30 лет. Исследование показало, что некоторые дети, несмотря на свои физические недостатки и лишения в детстве, способны стать полноценными людьми.*

ОСТРОВ КАУАИ, или «Садовый остров», расположен северозападнее острова Гавайи, в 170 км от Гонолулу. Остров, имеющий площадь 1600 кв. км, окаймляют песчаные пляжи, а сам он покрыт влажными лесами, горами и расчленен каньонами. Первые полинезийцы, которые в VIII веке в поисках новых земель пересекли Тихий океан и достигли острова, были очарованы его красотой, как и многочисленные путешественники, побывавшие на Кауаи после «открытия» его Джеймсом Куком в 1778 г. Население острова, насчитывающее 45 тыс. человек, — это в основном потомки иммигрантов из Юго-Восточной Азии и Европы, прибывших сюда для работы на плантациях

сахарного тростника и в поисках лучшей жизни.

Благодаря готовности островитян сотрудничать со мной и моими коллегами — Джесси М. Бирман и Ферной Е. Френч из Калифорнийского университета в Беркли, а также Рут С. Смит, местным психотерапевтом, — мы смогли провести на Кауаи исследование, продолжавшееся более 30 лет. Исследование имело две главные цели: оценка отдаленных последствий осложненной беременности и регистрация влияния неблагоприятных факторов воспитания в раннем детстве на физическое, умственное и психическое развитие детей.

Работа начиналась в то время, когда систематическое изучение влияния биологических и психосоциальных факторов риска на развитие детей проводилось довольно редко. Исследователи чаще всего использовали ретроспективный метод: пытались реконструировать события, приводящие к физическим или психическим нарушениям, изучая историю пациентов, у которых эти нарушения уже проявили себя. При этом создавалось впечатление, что тот или иной исход неизбежен, поскольку указанный метод учитывает лишь «потери», не принимая во внимание «уцелевших».

Чтобы избежать этого, мы решили изучать развитие детей-одногодок, родившихся на острове Кауаи.

Наше исследование началось в 1954 г. с оценки репродуктивной истории всех женщин острова. За трехлетний период (с 1954 по 1956 г.) на Кауаи беременность была отмечена у 2203 женщин. Они родили 1963 ребенка, остальные 240 были мертворожденными. Мы отобрали группу из 698 детей, родившихся в 1955 г. По достижении ими возраста 1, 2, 10, 18 и 31 или 32 года регис-

\* Перепечатано с разрешения редакции из журнала «В мире науки», июнь 1989 г., С. 66-71.



трировались произошедшие с ними изменения. 422 ребенка из названной группы, т. е. большинство, родились без осложнений и росли в благоприятных условиях.

В ходе исследования особый интерес для нас представляли дети «повышенного риска», т.е. те, которые при рождении испытывали стресс, жили в условиях бедности, и родители которых были неграмотными, алкоголиками или умственно отсталыми людьми. Несмотря на это многие из них стали нормальными личностями, занимали в жизни прочную позицию и находились в устойчивых личностных отношениях. Мы предприняли попытку установить те благоприятные факторы, которые способствовали компенсации этих, казалось бы, наиболее уязвимых детей.

**НАЙТИ ОБЩИНУ**, которая могла бы оказать нам содействие в проведении исследования, было непростой задачей. Одна из главных причин, почему мы выбрали остров Кауаи, была готовность его жителей помочь нашим начинаниям. По уровню медицинского и социального обеспечения, а также образования, община, или население острова, была сравнима с подобными общинами на континентальной части США. Кроме того, нам представлялась благоприятная возможность учесть ряд культурных влияний на воспитание детей, поскольку население Кауаи включает выходцев из Японии, Филиппин, Португалии, Китая, Кореи, Северной Европы, а также потомков коренных гавайцев.

Мы рассчитывали и на то, что благодаря оседлому образу жизни островитянам будет легче удерживать в поле зрения участников исследования и их семьи. И, действительно, надежды на «постоянство выборки» оправдались. К тому времени, когда участвовавшие в исследовании дети достигли двухлетнего возраста, 96% из них оставались жить на острове; по достижении ими 10-летнего возраста эта цифра снизилась лишь до 90%, а 18-и 30-летнего возраста — до 80%.

Прежде чем начать исследование, нам предстояло познакомиться с жителями острова, рассказать им о наших целях и провести предварительную работу. В этом нам оказали содействие специалисты из Калифорнийского университета в Беркли и в Дейвисе, Гавайского университета, а также жители самого острова. Пять местных медсестер и сотрудник системы социального обеспечения произвели перепись населения острова. Ими был составлен список жителей каждого дома и записаны демографические данные, включая сведения о беременных женщинах в возрасте от 12 лет. Тем женщинам, которые в тот момент не были беременны, была оставлена карточка с бесплатно пересылаемым конвертом. При наступлении у них беременности они должны были уведомить об этом управление здравоохранения острова Кауаи, переслав туда карточку.

В соответствии с договоренностью местные врачи ежемесячно представляли нам список женщин, которые обращались к ним за консультацией по поводу беременности. Наши помощники беседовали с женщинами, прихожанами церковей, членами местного правления и сотрудниками службы здравоохранения. До начала переписи жителям острова были разосланы разъяснительные письма, а упаковки с молоком в тот период доставлялись на дом с отпечатанным на них призывом к матерям оказать нам содействие. Мы рассказывали о целях своего исследования в местных газетах, по радио, а также распространяли плакаты и устраивали показы слайдов на эту тему.

Каждые три месяца медицинские сестры

опрашивали беременных женщин, согласившихся участвовать в нашем исследовании, отмечая случаи физической или психической травмы у этих женщин. Врачи контролировали любые осложнения у женщин в период беременности и родов и ранний послеродовой период. Медицинские сестры и работники системы социального обеспечения опрашивали матерей в послеродовой период, а также когда детям исполнился год, затем 10 лет. Учитывалось также и то, какие отношения складывались между родителями и детьми. Педиатры и психологи независимо друг от друга обследовали детей по достижении ими 2 и 10 лет. При этом они оценивали их физическое, умственное и психическое развитие, отмечая любые физические недостатки и отклонения в поведении. Учителя сообщали нам об успеваемости этих детей и их поведении в классе.

С самого начала исследования мы записывали информацию о материальных, интеллектуальных и психических аспектах воспитания детей в семьях, включая неблагоприятные события, которые приводили к разладу в семьях или их распаду. С разрешения родителей мы получили также доступ к архивам системы здравоохранения, образования и социального обеспечения, а также местной полиции и суда. Кроме того, неоднократно использовались серии тестов для проверки способностей и характеристики личности детей, когда они учились в начальных, а затем старших классах. Когда им исполнилось 18, а затем 30 с небольшим лет, мы производили опрос с целью выяснения их дальнейших жизненных планов.

Из 698 детей, родившихся в 1955 г., 69 подверглись стрессу (или осложнениям) средней степени в период беременности или во время родов, а 23 (3%) испытали сильный стресс. Из этих 23 детей только 14 дожили до двух лет. Из всей группы 12 детей не дожили до двух лет, 9 из них испытали сильный стресс во время родов. Некоторые из детей стали «жертвами» перенесенных ими осложнений. В среднем один из шести детей (всего 116) имел физический недостаток или был умственно отсталым — и то, и другое



в результате осложнений при родах. Это было диагностировано в возрасте до двух лет и требовало длительного специализированного лечения, а также особого подхода к обучению и воспитанию. Примерно у одного из пяти детей (всего 142) возникли серьезные трудности в обучении и поведении в первые 10 лет жизни, что требовало более чем 6-месячной восстановительной работы. К тому времени, когда дети достигли 10-летнего возраста, тех из них, которым требовалась помощь в связи с психическими отклонениями или особая система обучения (что было связано с трудностями обучения чтению), было в 2 раза больше по сравнению с теми, кому требовалась чисто медицинская помощь.

К 18-летнему возрасту 15% молодых людей состояли на учете как малолетние преступники, а 10% были умственно отсталыми, и им необходимо было стационарное либо амбулаторное лечение. Некоторые из молодых людей принадлежали к той и другой группе. К 10-летнему возрасту все 25 детей, отстававшие в умственном развитии, испытывали трудности в обучении. К 15-летнему возрасту 15 из них состояли на учете как дважды совершившие серьезное преступление.

По достижении детьми 18-летнего возраста мы установили следующие две особенности: влияние родового стресса уменьшается со временем, а развитие по существу любых биологически предопределенных

недостатков зависит от того, в какой среде рос ребенок. Нам удалось выявить определенную связь между умеренной и сильной родовой травмой и основным нарушением центральной нервной системы и органов чувств. Кроме того, было установлено, в какой степени травмой обусловлены умственная отсталость, трудности обучения, хронические психические заболевания, такие как шизофрения, возникающие в юности и в раннем зрелом возрасте.

Однако условия, в которых росли дети, были более важным фактором, чем родовая травма. Чем лучше были домашние условия у ребенка, тем значительнее были его успехи. Это было уже заметно у двухлетних детей: малыши, которые испытали стресс во время беременности и родов, но жили в семьях со средним достатком или в нормальных домашних условиях, имели почти такие же результаты по тестам развития сенсомоторной системы и речевых способностей, что и дети, не испытывавшие такого стресса.

Связанные с родами осложнения неизбежно приводили к нарушению физического и умственного развития у детей в возрасте 10 и 18 лет лишь в том случае, если они жили в условиях бедности, в семьях, где царил разлад, если их родители имели психические заболевания, или под воздействием других неблагоприятных обстоятельств, обусловленных бедностью. У людей, выросших в семьях со средним достатком, в устойчивых семьях или воспитанных матерью, закончившей среднюю школу, влияние на последующую жизнь перенесённого ими родового стресса если и ощущалось, то весьма незначительно.

Большая часть детей, участвовавших в нашем исследовании, воспитывались в неблагоприятных условиях. Примерно 30% (201 ребенок) составляли группу, названную нами «группой повышенного риска», — это были те дети, которые испытали родовую травму, росли в условиях бедности, воспитывались родителями, которые окончили не более 8 классов, жили в неблагополучных семьях или их родители были психически больными. Детей, которым еще не исполнилось 2 года, но которые были подвержены

четырем или пяти таким факторам риска, мы называли «уязвимыми». К 10 годам две трети из этих детей (всего 129) испытывали серьезные трудности в обучении, а к 18-летнему возрасту имели значительные отклонения в поведении, состояли на учете как малолетние преступники, были умственно отсталыми, а у некоторых девочек была зафиксирована ранняя беременность.

Вместе с тем в этой группе «уязвимых» один из трех детей (всего 72) стали полноценными людьми, которые могли хорошо работать и иметь устойчивую семью. Ни один из них не имел серьезных трудностей в обучении или отклонений в поведении в детстве и юности. Судя по результатам проведенных нами опросов и отзывам местных учителей, эти дети хорошо успевали в школе, отличались нормальным поведением дома и в обществе и после окончания средней школы ставили перед собой вполне определенные и реальные цели. В двадцать лет они были образованными и уверенными в себе людьми, выражавшими стремление воспользоваться любой представившейся им возможностью для самосовершенствования.

В качестве примера можно взять историю мальчика по имени Майкл, чьи шансы на будущее выглядели не слишком многообещающими. Родители Майкла не достигли совершеннолетия при его появлении на свет; кроме того, рожденный преждевременно, он весил всего 1,95 кг. Первые три недели своей жизни Майкл провел в больнице, отдельно от матери. Его отец сразу после рождения ребенка был отправлен вместе с американской армией в Юго-Восточную Азию, где он провел два года. К тому времени, когда Майклу исполнилось 8 лет, у него было три родных брата, а его родители развелись. Мать мальчика оставила семью и впоследствии не поддерживала контактов с детьми. Майкла и его братьев воспитывал отец, которому помогали его престарелые родители.

Другой ребенок из группы «уязвимых» — девочка по имени Мэри. У ее матери, страдавшей ожирением, до рождения Мэри было 9 выкидышей. Роды Мэри продолжались 20 часов. Отец девочки был разнора-

бочим на ферме и окончил всего 4 класса. В период, когда девочка была в возрасте от 5 до 10 лет, ее мать несколько раз госпитализировала вследствие обострения психического заболевания.

Удивительно, что к 18 годам как Майкл, так и Мэри были людьми с чувством собственного достоинства и твердыми взглядами, которые заботились о других людях и были любимы своими сверстниками. Они хорошо учились и имели конкретные планы на будущее. Мы проследили развитие этих двух и других 70 детей, победивших неблагоприятные обстоятельства («устойчивых» детей), и сравнили особенности их поведения и условия жизни с таковыми других детей из группы повышенного риска, которые столкнулись с серьезными проблемами в детстве и юности.

Нами были идентифицированы те благоприятные факторы (как в семьях, так и вне их), которые помогли детям противостоять последствиям стресса. Некоторые «источники устойчивости», по-видимому, являются врожденными: такие дети как Мэри и Майкл часто имеют характер, вызывающий положительное к ним отношение как со стороны членов семьи, так и со стороны незнакомых людей. Те же особенности мы наблюдали, когда дети были в подростковом возрасте. К этим особенностям относятся довольно высокий уровень активности, низкие возбудимость и истощаемость, высокая общительность. Даже когда эти дети были младенцами, родители характеризовали их как «активные», «ласковые», «приятные», «послушные» и «спокойные». Они принимали пищу и спали, не причиняя много беспокойства тем, кто ухаживал за ними.

Педиатры и психологи, которые обследовали «устойчивых» детей в 20-месячном возрасте, отмечали у них хорошую реакцию, склонность к играм, а также стремление к новым ощущениям и при необходимости к поиску помощи. Когда эти дети пошли в школу, их учителя отметили у них способность сосредотачиваться на выполнении заданий, а также читать и решать задачи. Хотя они и не были одаренными, они эффективно использовали свои спо-

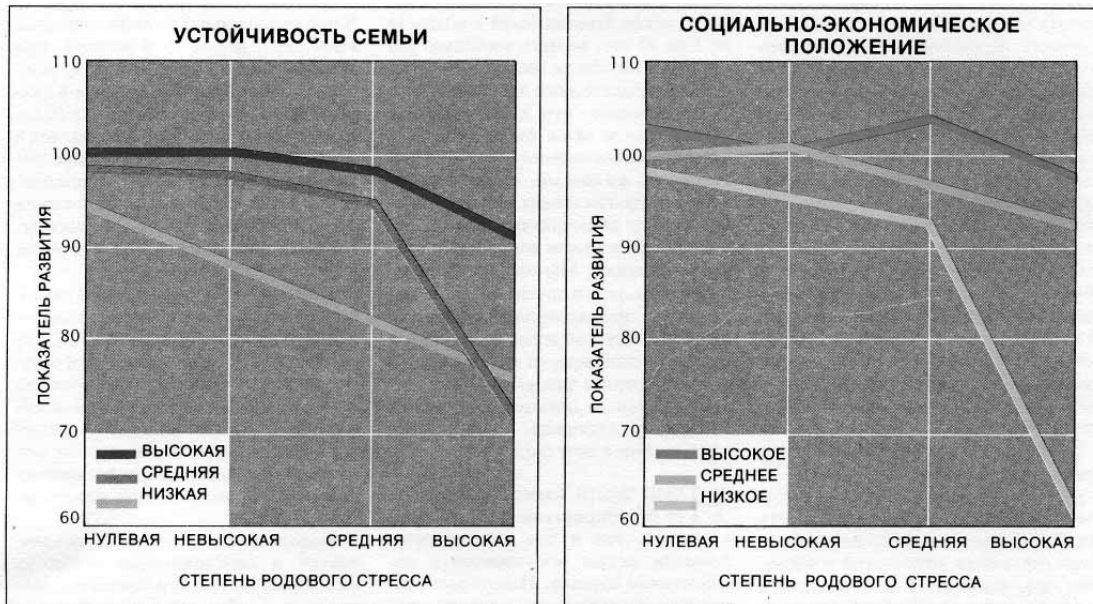
собности. Обычно у этих детей было любимое занятие или интересы, которые они разделяли с другом или подругой. Эти игры не были разграничены по признаку пола: девочки и мальчики с одинаковым успехом участвовали и в рыбной ловле, и в плавании, и в верховой езде, и в танцах с обручами.

Мы смогли также выявить те факторы, которые помогали этим детям справиться с последствиями стресса. Чаще всего семьи, где жили «устойчивые» дети, имели 3—4 ребенка, при этом разница во времени между рождением «устойчивого» ребенка и следующего обычно составляла 2 и более года. Несмотря на бедность, разлад в семье и психические заболевания родителей, у этих детей была возможность установить тесные отношения по крайней мере с одним человеком, который заботился о них в течение первых пяти лет жизни.

Заботу о воспитании ребенка могли взять на себя те, кто заменил родителей внутри семьи (например, бабушка, дедушка, старший брат или сестра, тетя или дядя) или приходящая няня. Когда дети становились старше, они проявляли заметное стремление обрести кого-нибудь, кто бы мог заменить им родителей, когда один из них или оба подолгу или совсем не жили в семье.

Выполнение материнских обязанностей и необходимость ухода за младшими сестрами и братьями, очевидно, способствовали развитию самостоятельности и чувства ответственности среди «устойчивых» девочек, особенно в тех семьях, где не было отца. Что касается «устойчивых» мальчиков, то обычно они были первенцами в семье. Обычно в такой семье был мужчина (если не отец, то дедушка или дядя), который играл главную роль. Структура семьи и уклад жизни в ней были частью повседневной жизни для этих мальчиков в период их детства и юношества.

«Устойчивые» дети находили большую эмоциональную поддержку также вне семьи. Их любили одноклассники, и они имели по крайней мере одного (но обычно несколько) близкого друга. В периоды кризиса или неустойчивости они обращались за поддержкой и советом к соседям, покров-



*Влияние факторов среды, таких как устойчивость семьи (слева) и социально-экономическое положение (справа), проявляются уже в детстве. Так называемые показатели развития, полученные по результатам тестов, проведенных, когда детям было 20 месяцев от роду, показывают, что условия воспитания могут усиливать или ослаблять последствия стрессов, связанных с родами. Дети, которые перенесли серьезный родовой стресс, но жили в устойчивых семьях со средним достатком, развивались так же или лучше, чем дети, жившие в бедных, неустойчивых семьях, но не испытывавшие такого стресса.*

вителям и взрослым людям. Школа для них была домом вне дома, убежищем от разлада в семье. Опрос 18-летних «устойчивых» детей показал, что у многих из них образцом для подражания был любимый учитель, друг или человек, которому они доверяли; эти люди оказывали им особую поддержку в то время, когда в семье царил раздор, и она грозила распасться.

Другим детям оказывали поддержку церковные группы, священники, молодежные лидеры из Христианской ассоциации молодых людей или из Христианской ассоциации молодых женщин. Различные формы деятельности, не связанные с обучением, например, участие в школьном оркестре или различных кружках, когда ребенок может ощутить себя участником «совместного предприятия», были также важным элементом эмоциональной поддержки тех детей, которым удалось справиться с неблагоприятными обстоятельствами.

Благодаря этим защитным факторам и средствам поддержки у «устойчивых» детей развилось чувство собственной значимости и вера, что они могут распоряжаться своей

судьбой. Их успех в противоборстве с неблагоприятными обстоятельствами жизни вселил в них веру в себя, составлявшую резкий контраст с чувством безысходности и своей бесполезности, которое свойственно многим их сверстникам.

В 1985 г. мы попробовали разыскать жителей острова, родившихся в 1955 г., которые входили в отобранную нами группу детей — участников исследования. Прошло 12 лет после окончания ими школы. Из этих людей нам удалось найти 545, т. е. 78 %. В этом нам помогли родители и другие родственники, друзья, бывшие одноклассники, местные телефонные справочники, службы регистрации избирателей, владельцев автотранспорта, а также записи о регистрации брака, хранящиеся в управлении здравоохранения в Гонолулу. Большинство молодых мужчин и женщин по-прежнему живут на Кауаи, однако 10% переселились на другие острова, 10% живут в континентальной части США и 2% уехали за границу.

Мы разыскали 62 из 72 молодых людей, которые входили в так называемую группу «устойчивых». Эти люди закончили среднюю





школу в разгар энергетического кризиса и поступили на работу в период наибольшего, после Великой депрессии, спада американской экономики. Тем не менее эти 30-летние мужчины и женщины, судя по всему, успешно устроили свою жизнь. Трое из четверых (всего 46) закончили колледж и были удовлетворены своими прежними успехами в школе. Все, кроме четверых, работали полный день, и трое из четверых были довольны своей работой.

Из тех, кто относился к группе высокого риска, 44% считали, что у них жизнь складывается успешно, тогда как среди остальных участников исследования (группа меньшего риска) лишь 10% были довольны своей жизнью. Однако у мужчин и женщин из первой группы было больше проблем, связанных со здоровьем (46% по сравнению с 15% во второй группе). Заболевания мужчин (болезни позвоночника, головокружение, ожирение и язва желудка), судя по всему, были обусловлены стрессом, а у женщин — связаны главным образом с беременностью и рождением ребенка. 75% женщин состояли в браке, а мужчин только — 44%. Семейные мужчины и женщины были очень привязаны к своему партнеру и детям. «Устойчивых» молодых людей отличало чувство личной ответственности, они пользовались поддержкой супруга и были глубоко верующими людьми.

Мы были приятно удивлены, когда обна-

ружили, что многие из тех, кто относился к группе повышенного риска и имел проблемы в детском возрасте, смогли впоследствии справиться с ними. Мы смогли разыскать 26 (90%) женщин, ставших матерями в несовершеннолетнем возрасте, 56 (80%) людей с психическими заболеваниями и 74 (75%) бывших малолетних преступников.

Почти все из опрошенных нами женщин, ставших матерями в несовершеннолетнем возрасте, в 30 с небольшим лет были обеспечены лучше, чем в 18 лет. Около 60% (16 человек) продолжили обучение в школе и примерно 90% (24 человека) имели работу. Три четверти (56 человек) малолетних преступников избежали ареста до того, как они стали взрослыми. Только немногие (12 человек) в 30-летнем возрасте нуждались в лечении психических расстройств. Наиболее важным событием в жизни этих людей были поступление на военную службу, замужество, рождение ребенка и активное участие в жизни религиозной общины. Как и в юности, большинство этих людей полагались на родных и близких, а не на психотерапевтов и систему социального обеспечения.

Результаты наших наблюдений позволяют сделать более оптимистичные выводы, чем те, к которым приходишь, читая обширную литературу о «трудных» детях, находящаяся под наблюдением психотерапевтов, специальных учителей и служб социального обеспечения. Факторы риска и стрессовая среда необязательно приводят к плохой адаптации. По-видимому, в каждой стадии развития человека, от рождения до зрелого возраста, происходит смещение баланса между событиями, вызывающими стресс и делающими человека более уязвимым, и защитными факторами, повышающими «устойчивость».

Пока баланс между событиями, вызывающими стресс, и защитными факторами благоприятный, возможна успешная адаптация. Когда же этот баланс нарушается не в пользу защитных факторов, то даже самые «устойчивые» дети могут столкнуться с серьезными проблемами. Однако путем вмешательства баланс можно смес-

тить в сторону повышения жизнестойкости, например, с помощью уменьшения подверженности факторам риска или воздействия событий, вызывающих стресс, или же за счет увеличения числа защитных факторов и доступных средств поддержки.

На основе идентификации факторов риска и благоприятных факторов нам удалось установить, что самые важные детерминанты, определяющие тот или иной исход, имеют место, когда ребенок совсем маленький. Очевидно, что существуют большие индивидуальные различия между детьми повышенного риска в том, как они реагируют на благоприятные и неблагоприятные обстоятельства в тех условиях, в которых они вырастают. Сам факт существования индивидуального различия между детьми, живущими в неблагоприятных условиях, свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода в оказании помощи детям. Если поначалу невозможно оказать помощь каждому ребенку, то необходимо выделить из них тех, кому она нужна прежде всего. В ранней помощи нуждаются прежде всего грудные и маленькие дети; они наиболее уязвимы, поскольку у них отсутствуют (постоянно или временно) некоторые важные социальные связи, уменьшающие стресс. К этим детям могут относиться те, у кого были родовые осложнения, госпитализированные дети, дети на длительное время оторванные от своих родителей, дети наркоманов, алкоголиков или психически больных родителей, грудные дети, матери которых работают полное время и не могут постоянно заботиться о ребенке, дети родителей-одиночек или несовершеннолетних родителей, не имеющих других взрослых в семье, а также дети иммигрантов и беженцев.

При оценке состояния детей и при постановке диагноза, а также оказании им первой помощи необходимо учитывать не только факторы риска, но и благоприятные факторы. К ним относятся уже существующие неформальные источники поддержки, которые могут использоваться для повы-

шения способности ребенка общаться и решать проблемы, а также для повышения самосознания. Как показало исследование, другие люди — дедушки и бабушки, старшие сестры и братья, воспитатели или учителя — могут играть заметную роль в воспитании, когда один из родителей отсутствует или не способен ухаживать за ребенком. Во многих случаях более эффективный и менее дорогостоящий путь состоит в укреплении именно таких неформальных связей, чем в реализации комплекса дополнительных услуг, что неизбежно связано с бюрократическими сложностями.

Наконец, чтобы любая программа помощи была эффективной, ребенка необходимо окружать заботой, с тем чтобы вселить в него уверенность в том, что ему всегда придут на помощь.

Благодаря усилиям многих людей со времени проведения нашего исследования на острове Кауаи осуществляются несколько программ по воспитанию и обучению детей повышенного риска, а также по оказанию им помощи местным населением. Частично исходя из результатов наших наблюдений, законодательная власть шт. Гавайи финансирует деятельность групп помощи умственно отсталым детям и молодым людям. Кроме того, управление здравоохранения штата организовало Службу детской помощи (являющуюся также центром реабилитации) на острове Кауаи — учреждение, в котором проводится изучение развития детей, оказывается координированная помощь детям с физическими недостатками, умственно отсталым детям.

Оценка подобных программ поможет в свою очередь лучше понять действие и значимость защитных факторов, позволяющих детям избежать несчастной участи. Пример многих людей с острова Кауаи показывает, что интерес к жизни и способности могут развиваться у детей даже в неблагоприятных условиях, если им встретятся люди, которые заложат в них основу для развития уверенности в себе, самостоятельности и инициативы.

# **ИЗ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ**

# Вспомогательная школа для умственно отсталых детей\*

*Лекции преподавателя Л.Г. Оршанского.*

*(В изложении д-ра Н.П. Казаченко-Триродова)*

## *Лекция 1-ая*

Необходимость создания, наряду с нормальными, вспомогательной школы, специально предназначенной для всякого вида дефективных детей, была уяснена за границей уже несколько десятков лет тому назад, когда и появились первые учреждения, вначале служившие, главным образом, лишь местом призрения для детей-увечных и калек.

В России вспомогательная школа начала свое развитие только несколько лет тому назад.

Теперь задачи ее понимаются достаточно широко:

в такую школу по современному взгляду должны попадать не только явно дефективные дети, но и все те, для которых по их психической организации нормальная школьная работа оказывается непосильной, и которые нуждаются в применении к ним специальных воспитательных методов.

Статистика неуспевающих в нормальных школах красноречиво дает понять о том громадном количестве подростков, которым приходится оставаться за бортом школьного воспитания и образования, если не пойти им навстречу созданием для них специальных учреждений.

Так было установлено, что в Германии, где особенно занимались этим вопросом, из всех поступающих в среднюю школу только 60-70% доходят до V класса и лишь 30% до VII, все же 8 классов кончает разве 5-7%; даже начальную маннгеймскую школу кон-

чало всего-навсего 15-16% воспитанников.

Причины неуспевания детей в нормальной школе, как и виды их дефективности, весьма различны, поэтому нужно сказать, что не может быть и нет единой вспомогательной школы; типы ее должны быть в высокой степени разнообразны, тем более что задачей ее отнюдь не является так называемое «натаскивание» учеников по определенному шаблону, но развитие их психических способностей, считаясь с индивидуальными особенностями каждого.

В виду специфичности задач вспомогательной школы постановка дела воспитания в ней естественно отличается от постановки дела в школе нормальной, — в ней и порядок ведения занятий и самая методика преподавания иные, как существует иное отношение с другой стороны и к отдыху воспитанников, к их развлечениям, праздникам, отпускам и т. д.

Поступать в нее могут дети как непосредственно из семейной обстановки, так и из нормальных воспитательных заведений и школ.

К сожалению, в России до последнего времени мало обращалось внимания на то, сколько отстающих учеников нормальных воспитательных и учебных заведений нуждаются в школе вспомогательного типа и какого именно.

Разобраться в этом вопросе представляется возможным лишь при условии более подробного индивидуального ознакомления с психическим миром воспитанников в

\* Текст печатается по изданию: «Воспитание и обучение дефективных детей». Сборник лекций под редакцией проф. А.С. Грибоедова и д-ра Н.П. Казаченко-Триродова. Издание Комиссариата Социального обеспечения. - Петроград, 1918. - Т. 1. - С. 91-94, 188-197, 272-291.

Текст приводится в современной орфографии.

связи, конечно, с обследованием и их физических качеств.

В Англии, где уже существует значительное количество воспитательных учреждений вспомогательного типа, на изучение детей школьного возраста, особенно в последнее время, стали обращать должное внимание; там существует даже закон обязательной регистрации детей-калек и умственно дефективных и другой закон, дающий право родителям требовать назначения специальной комиссии для исследования умственных способностей ребенка, в которых появляется какое-либо сомнение.

Не меньшее внимание на воспитание явно дефективных и отсталых в умственном отношении детей обращается и в Германии, где воспитательные учреждения вспомогательного типа появились 60 лет тому назад, и где теперь в них насчитывается более 40.000 детей.

Большого развития вспомогательная школа достигла и в Америке.

Во Франции школьные учреждения вспомогательного типа насчитываются десятками и находятся во многих городах.

У нас идея вспомогательной школы появляется в 1902—1903 годах; первая основанная в России тогда же школа вспомогательного типа скоро потерпела крах, выродившись в приют для детей-идиотов, мало поддающихся воспитанию.

Впоследствии, 5-6 лет спустя, появились, однако, другие воспитательно-вспомогательные заведения в различных городах, как-то: в Петрограде (где в настоящее время насчитываются 3 вспомогательные школы и 1 интернат), в Москве (вспомогательные классы), в Киеве, Харькове, Новочеркасске, Кишиневе, Вологде, Владикавказе.

Однако все русские вспомогательные школы содержат пока лишь около 700 мест.

Потребность же во вспомогательном воспитании велика и особенно выдвигается на первый план в наши дни в связи с вопросом о всеобщем образовании.

Как пособия для ознакомления с вопросом воспитания и обучения умственно дефективных детей лектором рекомендованы следующие произведения:

Гр. Трошин. «Антропологические основы воспитания. — Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей», 2 тома (959 стр.). Петроград, 1915 г. Издание школы-лечебницы д-ра мед. Г.Я. Трошина.

Б. Мэннелль. «Школы для умственно отсталых детей». Перевод врача М. Владимирского с предисловием д-ра мед. А.Л. Щеглова (212 стр.). С.-Петербург, 1911 г. Типография 1-ой СПб. Трудовой Артели.

Jean Demoor - «Ненормальные дети. — Воспитание их дома и в школе». Перевод д-ра Раисы Б. Певнер, под редакцией и с примечаниями приват-доцента Московского университета д-ра мед. Г.И. Россолимо (371 стр.). Москва, 1909 г. Типография т-ва И.Д. Сытина.

«Вопросы педагогической патологии в семье и школе», под редакций А.Владимирского, Л.Оршанского и Г.Фальборка. Выпуск 1 (165 стр.) и выпуск 2 (160 стр.). С.-Петербург, 1912 г. Издательство газеты «Школа и Жизнь».

Вознесенская. «Вспомогательные школы в Германии». Журнал Министерства народного просвещения. 1914. Январь-февраль.

### *Лекция 2-ая*

В виду огромного многообразия психических организаций, встречаемых у детей, не поддающихся обычному нормальному воспитанию и образованию, воспитательные методы, применимые к ним для развития в них качеств, необходимых полезным или, по меньшей мере, социально терпимым членам культурного общества, как уже сказано в предыдущей лекции, равным образом должны варьировать соответственно индивидуальностям.

Однако, не только допустимы, но и являются вполне естественными определенные группировки умственно отсталых детей различного типа вспомогательно-воспитательным и дополнительным к ним учреждениям, уже созданным и создающимся приспособительно к запросам, выдвигаемым прежде всего изучением психической организации и вообще духовного мира малолетних, нуждающихся в них.

Регулярное психологическое обследо-

дование всех детей школьного возраста и даже самых маленьких, являясь краеугольным камнем, на котором строится вспомогательная школа, должно проводиться во всей возможной широте в целях успешности народного образования и воспитания.

Такого рода знакомство с детьми представляется и первым условием для правильной организации отбора тех из них, на помощь которым должна спешить вспомогательная школа.

Последняя не может развиваться соответственно своему великому назначению без методически проводимой подготовительной работы отбора для тех или иных типов соответствующего контингента воспитанников.

Чтобы ответить на важный вопрос, как значительно число детей, вообще нуждающихся во вспомогательном воспитании, в различных странах было обращено внимание на соби́рание статистических данных об умственной отсталости. Кроме административной регистрации явно дефективных детей по кратким сообщениям родственников и ближайших воспитателей, о чем уже упоминалось, была применяема система опросных листов, рассылаемых, главным образом, в различные учебные заведения.

Система анкетных листов как средства ознакомления с психическим миром малолетних в Америке была особенно пропагандирована известным исследователем детской психологии Стэнли Холлом<sup>1</sup>, который с 1894 г. начал издавать такие опросные листы, привлекая к ведению анкеты своих слушателей, студентов и учителей.

Педагогам совместно со школьными врачами конечно естественнее всего выступать в роли собирателей статистического материала по вопросу умственной отсталости детей, почему им и необходимо усвоить определенную методику обследования школьных питомцев.

Нужно сказать, впрочем, что психологическая анкета, применявшаяся много раз с тех пор за границей и у нас в России с 1916

года, когда Петроградской Воспитательной Комиссией по примеру заграничных также были выработаны и предложены учительскому персоналу опросные листы, далеко не всегда полностью оправдывала возлагаемые на нее надежды, так как самые вопросы, выставляемые в листе далеко не всегда отличались универсальным характером в смысле освещения определенных психологических черт детей; часто случалось, например, что на известные вопросы, весьма простые по существу, дети не были в состоянии дать удовлетворительного ответа не вследствие умственной дефективности, а лишь по причине непредвиденной узости их кругозора, что, тем не менее, при общей сводке порождало ложные выводы.

Подобного рода неудобство общих опросных листов, которые, с другой стороны, все же могут дать некоторые весьма интересные и ценные сведения, заставило сосредоточить внимание на индивидуальном обследовании детей врачами и педагогами, задачей которых прежде всего сделалось учесть размеры духовного багажа ребенка, каждого в отдельности, а затем уже путем специальных вопросов весьма многообразного характера, применительно к тому или иному случаю, приступать к собиранию материала для оценки умственных способностей и душевных качеств испытуемых.

Ведь иногда совершенно случайно наталкиваешься на вопросы, отвечая на которые, ребенок может совершенно неожиданно проявить такие способности, которые кажутся у него совершенно неразвитыми, если судить по тому, как он реагирует сплошь и рядом на прочие, даже банальные, вопросы. Так один ребенок, не умевший описать, даже в кратких словах, своей улицы, оказался способным весьма толково и со всеми техническими подробностями рассказать о способе домашнего приготовления одного из современных пищевых суррогатов. Вытекающие из сказанного соображения подчеркивают целесообразность живого ознакомления с детьми путем непосредственного общения с ними, вводя опросные

<sup>1</sup> В России пользуются известностью следующие его произведения: Стэнли Холл „Собрание статей по педагогике и педагогике“, Москва, 1912 г.; „Социальные инстинкты у детей“ СПб., 1913 г.; „Инстинкты и чувства у юношей“ (под редакцией А.Г. Оршанского), СПб., 1913 г.

листы в рамки лишь самых общих и самых несложных вопросов, ответы на которые все-таки должны приниматься с осторожностью.

Однако выработка определенной общей схемы для психологического обследования малолетних необходима.

Психологическому исследованию, как правило, следует предпосылать собирание формальных сведений, выясняющих: из какой среды происходит ребенок, каковы условия его семейной жизни и каким внешкольным влияниям он подвергался и подвергается, далее желательное выяснение наследственности и анамнестических данных, касающихся физического и психического развития ребенка и вообще его здоровья, затем должно быть произведено физическое исследование, включающее антропологические данные, данные о состоянии внутренних органов и нервной системы, — все это необходимо, чтобы судить об анатомическом типе исследуемого и правильности развития его организма в большем или меньшем соответствии с возрастом; наконец, можно приступить к психическому обследованию, идущему рука об руку с педагогическим, причем должна быть принята во внимание как форма душевных процессов, так и их содержание.

Исследованию подлежат, главным образом, способности к восприятию, к произвольному и произвольному средоточию внимания в самом широком смысле этого слова, память, воображение, творческие способности разного рода, включая сюда комбинаторные, счислительные и пр., эмоциональная сфера и сфера волевая.

Отмечаться должны все явления психической жизни, конечно, не только со стороны большей или меньшей степени их выраженности, но и со стороны явно патологических отклонений от нормы, когда таковые наличны.

Под содержанием душевной жизни понимается, с одной стороны, запас представлений, чувствований и стремлений, находимый у испытуемого, с другой стороны, различные привычки, выработавшиеся при тех или иных внешних влияниях.

Естественно, что формы проявления душевных процессов, основные психические способности и содержание душевной жизни находятся между собою в теснейшей связи, и их изучение должно вестись неразрывно с помощью подходящих методов, из которых видное место принадлежит непосредственному школьно-воспитательскому наблюдению. Все указанные исследования могут быть более или менее детализированы в определенном направлении в зависимости от целей, по преимуществу преследуемых изучением данного ребенка и в зависимости от того, с какой стороны он представляет наиболее интереса в воспитательном смысле.

По этой причине самые схемы обследования, оставаясь общими по существу, сплошь и рядом разнятся в смысле детализировки, смотря по тому, в каком учреждении они применяются.

Для статистики же умственной отсталости малолетних важны заключения, почерпаемые из подобного рода обследований самими обследующими и экспертами.

Как пример опросного листа по указанной общей схеме можно привести тот, который в 1911 г. был выработан для 1-й Вспомогательной Школы при Петроградском Психоневрологическом Институте ее заведующими А. Владимирским, А. Лазурским и Л. Оршанским (лектором), заметивши, что предназначаемый опросный лист, по утверждению авторов, в виду развития школы нуждается в дальнейшей переработке.

#### 1-Я ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА ПРИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ИНСТИТУТЕ

Воспитанни. . . (фамилия, имя и отчество).

Время поступления:

Время выбытия:

Адрес родителей (или родных):

#### **I. Опросный лист.**

*Личные сведения.*

Возраст.

Национальность, вероисповедание.

Родина, местожительство.

Основания для помещения во вспомогательную школу.

*Домашние условия.*

Живы ли родители ребенка, их профессия и условия жизни.

Братья и сестры.

Кто руководил и руководит воспитанием ребенка.

Общий характер воспитания - физического и психического.

Наследственность.

Болезни родителей и близких родственников. Их ненормальности.

Условия рождения и вскармливания ребенка.

*Физическое развитие.*

Когда начал ходить?

Прорезывание зубов?

Какие перенес болезни.

Половое развитие (поллюции; регулы; онанизм).

Общее состояние здоровья (недомогания; сон; еда; степень опрятности).

Какой причине приписывают родители начало болезни (resp. ненормальности, отсталости)?

*Психическое развитие.*

Развитие речи (когда начал говорить) и ее недостатки.

Умственные способности (понижены ли?); нет ли особых склонностей или способностей?

Навязчивые идеи и страхи?

Особенности характера; важнейшие пороки или недостатки.

Ход занятий и поведение в школе и дома.

(Примечание. Желательно представить работы ребенка, его сочинения, рисунки и т.п.)

## II. Исследование

### A. Физическое исследование.

Рост тела и пропорциональность частей:

Окружность груди.

Вес тела.

Телосложение. Питание (кожа и слизистая оболочки; железы<sup>1</sup>, волосы; зубы).

*Размер и строение головы.*

Форма черепа, (нет ли особых уклонений).

Важнейшие размеры: длина головы

- поперечный размер,

- окружность.

*Двигательная сфера*

Важнейшие рефлексы.

Механическая возбудимость мышц и нервов.

Электровозбудимость мышц и нервов.

Произвольные движения (исследование динамометром).

Судороги, подергивания.

*Чувствительная сфера* (органы чувств и их функции).

Глаза. Зрение.

Уши. Слух.

Нос и гортань. Дыхание и обоняние.

Рот и вкус.

Кожа. Чувствительность осязательная, болевая и температурная.

Мышечное чувство.

Расстройства в деятельности важнейших внутренних органов: органы дыхания (объем груди, исследование емкости легких), кровообращения, пищеварения, мочеотделения.

*B. Психическое исследование.*

Экспериментально-психологическое исследование.

Сравнение длины, толщины и формы предметов.

Распознавание цветов.

Называние предметов и изображений; их воспроизведение и узнавание.

Память на фразы.

Исследование по корректурному методу.

<sup>1</sup> Внешней и внутренней секреции.



Ответы на вопросы.

Описание рисунка.

Ориентируется ли во времени и пространстве?

Умеет ли пользоваться обыкновенными предметами и действиями домашнего обхода?

### *С. Педагогическое исследование.*

Общее развитие ребенка: знакомство с природой и с отношениями окружающей жизни.

Чтение (особенности речи).

Письмо (пусть сам напишет здесь в листке).

Счисление (счет, арифметические действия).

Запас сведений ребенка: история, естествознание, русский язык и т. п.; его навыки: рисование (пусть нарисует человека), ручной труд, пение или музыка и т. п.

Дополнительные замечания.

### **III. Характеристика.**

(Примечание. Этот отдел заполняется лишь после месячного пребывания ребенка в школе или при выходе ребенка из школы, если это производится раньше месяца).

Соматическая характеристика. Психологическая характеристика.

(Примечание. При составлении можно руководствоваться программами Г.И. Россолимо, А.Ф. Лазурского или К.Рихтера).

### *Врачебно-педагогическое заключение.*

### **IV. Дневник.**

(Примечание. В конце каждого полугодия должна быть составлена сводка соматических, психологических и педагогических изменений, происшедших в течение полугодия).

Не вдаваясь в подробности приведенного листа исследований и наблюдений, следует отметить, что подобного рода знакомство с малолетним, хотя и в более узком масштабе, чем то, которое требуется в специальных учреждениях для дефективных,

представляется необходимым в каждой нормальной школе, в которой уже должна намечаться самими школьными врачами и педагогами суммарная группировка воспитанников — по их физическим и психическим качествам и способностям, для того чтобы, в случае надобности, дать материал для суждения экспертной комиссии, помещающей воспитанника в ту или иную вспомогательную школу.

Детей, нуждающихся в помещении в специальное учебно-воспитательное заведение вспомогательного типа, лучше всего переводить туда без замедления, тем не менее, обычно считается приемлемым годичный или двухгодичный срок (как в Германии и Бельгии) обычного школьного наблюдения.

В 1915 г., когда в Петрограде Городской Думой было открыто 5 вспомогательных школ, такой срок предварительного наблюдения, по истечении которого воспитанники могли быть переводимы туда из нормальной школы, приравнивался 1-му году.

В учебно-воспитательных заведениях типа маннгеймской школы такой перевод отстающих из нормальных отделений во вспомогательные, как и возвращение преуспевающих к продолжению своей прежней работы, облегчается существованием при нормальной же школе вспомогательных классов для различных степеней отсталости.

Неудобство этой системы заключается, однако, в том обстоятельстве, что в классах вспомогательного типа для отстающих воспитанников могут встречаться дети различных возрастов, хотя и стоящие на одном уровне умственного развития, но часто весьма существенно различающихся по степени развития характерных для возраста инстинктов, что несомненно мешает делу их совместного воспитания.

Дети с диагнозом *idiotismus*, эпилептики, явно ненормальные, больные физически, как правило, вообще не должны быть допускаемы в отделения вспомогательной школы для детей отсталых и для нерезко выраженных степеней дебиликков.

Поступая во вспомогательную школу, воспитанник должен быть подвернут вто-

ричному обследованию, которое дополняется наиболее обстоятельным обследованием уже за время его пребывания в самом воспитательном учреждении вспомогательного типа, где наиболее полная характеристика его составляется на основании записей, проводимых по системе дневников.

### *Лекции 3-я и 4-я*

Важность ведения постоянного планомерного обследования воспитанника, и при том каждого в отдельности, в стенах самой вспомогательной школы сама собою понятна, в виду необходимости особенно бдительного отношения к тому, как реагирует ребенок на применение к нему тех или иных воспитательных методов, которые должны быть сознательно и целесообразно регулируемы.

Но, прежде чем продолжать с большими подробностями говорить о методах исследования умственно отсталых детей за время их пребывания в стенах вспомогательной школы, следует вернуться к вопросам первоначальной группировки воспитанников, о чем отчасти уже было говорено в предыдущей лекции.

Тогда мы не коснулись одного весьма важного вопроса, возникающего, впрочем, с особенной настойчивостью и серьезностью не столько перед врачом-воспитательным персоналом вспомогательных школ после приема в них детей по постановлению экспертов, определяющих, в каком типе вспомогательного учебного заведения нуждается воспитанник, сколько перед организаторами этого рода учебно-вспомогательных учреждений.

Вопрос состоит в том, допустимо ли совместное воспитание и обучение мальчиков и девочек, а если допустимо, — во всех ли типах вспомогательных школ или нет, в каких именно допустимо, до какого возраста, в какой мере?

Во Франции в настоящее время вполне определенно проводится принцип раздельности воспитания и обучения умственно отсталых мальчиков и девочек.

Та же тенденция отмечается и у нас в России, хотя и известны мнения весьма ком-

петентных лиц в области психиатрии и педагогики, допускающих, главным образом совместное, обучение отсталых детей того и другого пола; дети, однако, должны быть для этого в возрасте не старше 10-11-ти лет, а иначе, как увидим, могут создаваться серьезные затруднения, сплошь и рядом способные проявляться и при совмещении воспитания и образования мальчиков и девочек самого младшего возраста, предназначенных, например, для специальных детских садов.

Другими представителями психиатрии и педагогики допускается не столько совместное воспитание и обучение детей обоего пола, сколько общение их в известных пределах. Так, исходя из их точки зрения, могут создаваться общие учреждения типа вспомогательных школ, разделенные на два отделения: одно для мальчиков, другое для девочек, в которых жизнь должна протекать совершенно самостоятельно и независимо одного от другого; дети же могут встречаться для общих игр и некоторых общих занятий или работ более или менее эпизодического характера.

Преимущество такой системы усматривается в элементе «семейности», который вносится в учреждение благодаря такого рода общению детей обоего пола, «как в семьях», но нужно сказать, что и здесь наличны не только одни положительные стороны.

Больше всего следует считаться с тем обстоятельством, что у дефективных детей половая сфера развивается нередко рано, кроме того, сплошь и рядом проявляются всевозможные болезненные отклонения в развитии полового чувства, возникают психопатические явления на сексуальной почве, наконец, есть даже виды дефектов морального чувства, которые, хотя и не имеют прямого отношения к сексуальной сфере, тем не менее, являясь характерными для одного пола, смогут явиться шокирующими для другого. Даже простая небрежность по отношению к себе самим, идущая у детей часто рука об руку с умственной отсталостью, неряшливость костюма, слишком вольная манера себя держать и т. п., — все это

может худо отразиться на детях другого пола, являясь существенным препятствием к их общению, хотя и эпизодическому, хотя и с предварительным выбором воспитателями подходящих воспитанников, которых, казалось бы, можно было допустить к общим играм или учебно-воспитательным занятиям.

При частом общении детей обоего пола воспитатели не гарантированы, что среди выбранных ими воспитанников не будет такого, который когда-либо не проявит себя в нежелательном смысле; при редком общении повышается впечатление воспитанников от таких встреч, что кроме благотворного действия на иных может производить и неблагоприятное, иногда трудно предугадываемое.

Самый выбор воспитанников может неблагоприятно отражаться на тех из них, которые окажутся недопущенными к общим играм и работам.

При общении воспитанников обоего пола, далее, естественно требуется повышенная бдительность персонала, могущая отвлекать его от другой специфической воспитательной работы.

Численность персонала, при условии совместного воспитания и обучения мальчиков и девочек, должна быть большей, чем на равное число воспитанников только одного пола, и вообще уход за воспитанниками и повседневная работа затрудняются.

Как пример неудобства совместного обучения детей обоего пола можно привести случай из практики лектора, которому пришлось наблюдать мальчика с навязчивой идеей сказать что-нибудь неприличное в более или менее большом обществе, особенно женском; мальчик этот долго старался побороть себя, но потом все же не удержался; в первый раз поступок его воспитательским персоналом был истолкован как простая непристойная шалость и лишь впоследствии, когда такого рода выходки стали повторяться, пришлось придти к заключению о наличии навязчивой идеи и о необходимости прибегнуть к врачебным мерам, между тем как это непредвиденное болезненное явление уже успело внести

разлад в ведение дела совместного классного обучения детей того и другого пола.

Помимо вопросов сексуального характера, при обсуждении, насколько допустимо совместное воспитание и обучение мальчиков и девочек, необходимо обратить внимание также на отсутствие параллелизма в развитии тех и других; самые воспитательные и учебные методы должны приспособляться к полу воспитанников, не все предметы преподавания могут быть общими и т. д.

К тем же самым предметам наблюдается у мальчиков и девочек сплошь и рядом различное отношение, которое приходится учитывать.

По тем же самым предметам образования детям различного пола удаются занятия неодинаково успешно, что приводит к расслоению класса, весьма нежелательному, так как в подобных случаях, при средоточии внимания воспитателя на более отстающих, теряют в развитии лучшие ученики, при средоточии же внимания на более успевающих, отстающие от них начинают опускаться еще более.

Интересны по этому поводу статистические данные, собранные в Германии, которые свидетельствуют о том, что хотя общий процент умственно отсталых мальчиков и больше в значительной степени, чем общий процент умственно отсталых девочек, первые, при применении к ним соответственных воспитательных методов, проявляют высшую успешность в занятиях, чем вторые. Быть может, большее количество мальчиков оказываются умственно отсталыми вследствие проявления своеобразного наследственного предрасположения. Между тем как, в виду особых условий борьбы за существование, на долю мужчины выпадали более трудные, сложные и беспокойные задачи, он в то же время был и более предоставлен во власть различным порокам и злоупотреблениям, отражающимся на тонкой структуре его нервной системы, что, передаваясь по наследству, способствовало созданию особого дефективного мужского типа, ведущего к умственной отсталости.

Не останавливаясь, однако, на этом воп-

росе и не вдаваясь в подробности по поводу причин, создающих различия мужского и женского дефективных типов, следует все же подчеркнуть это различие, как и различие в психологии мальчиков и девочек даже самого раннего возраста, на что справедливо и не раз указывали Паульсон<sup>1</sup> и другие опытные теоретики воспитания как нормальных, так и представляющих отклонения от психической нормы, детей.

В виду всего сказанного ясно, что совместное воспитание и обучение мальчиков и девочек во вспомогательной школе вообще является мало целесообразным, и некоторые хорошие стороны, которые оно, быть может, и имеет, не окупают многих затруднений и нежелательных последствий, сопряженных с ним.

Умственно отсталые дети, определяемые специальной смешанной комиссией экспертов, врачей и педагогов как трудные в воспитательном отношении, особенно при наличии психопатических признаков и каких бы то ни было ненормальностей в сексуальной сфере, во всяком случае должны быть помещаемы в учреждения вспомогательно-воспитательного типа, в которых совершенно исключается совместное обучение и вообще общение подростков того и другого пола.

В Москве принцип этот считается установившимся и для других более высоких или, лучше сказать, более легких степеней, умственной отсталости. Дети самого младшего возраста с 4-х до 5-6 лет, к которым желательно применение специальных методов вспомогательного воспитания, могут быть помещаемы в особые детские сады типа Монтессори<sup>2</sup>.

Известная итальянская деятельница на поприще воспитания и обучения дефективных малолетних Монтессори основала такого рода детские сады собственно для детей, явно пораженных в умственном отношении, но и для более слабых степеней умственной отсталости, с которыми нам приходится иметь дело по преимуществу; этого

типа учреждения являются весьма ценными и желательными. Природа рано начинает закладку воспитания человека; основные психомоторные рефлексy, служащие канвой для всех последующих проявлений человеческой личности, начинают развиваться, можно сказать, со дня рождения, поэтому чем врачебная педагогика раньше окружила своими заботами детей, нуждающихся в ней, тем лучше.

Эту несомненную истину постаралась воплотить в жизнь Монтессори, автор чрезвычайно интересной книги, озаглавленной «Дом ребенка». Тщательное изучение умственно-дефективных детей помогло ей собрать много данных, представляющих необыкновенную ценность для освещения детской психологии вообще и для выработки воспитательных приемов, вполне пригодных и для других детей, начиная от слабоодаренных и кончая совершенно нормальными. Краеугольным камнем, на котором зиждется учреждение типа Монтессори, является методическое научное ознакомление с элементами психологии воспитанника по мере прохождения им одной за другой стадий воспитания, которое детализируется для развития различных способностей ребенка в отдельности.

Учреждения типа Монтессори могут различаться по степени отсталости детей, для которых они предназначаются, а также внутри себя могут заключать различные отделения, по которым группируются воспитанники в соответствии с их способностями.

Задачей экспертов и является установить, к какой именно разновидности учреждения пригоден ребенок.

Экспертная комиссия равным образом должна установить, следует ли поместить воспитанника в заведения типа пансионов, интернатов или полуинтернатов, то есть может ли он быть на положении приходящего в определенном врачебно-воспитательном учреждении или нет.

Относительно системы экстернатов во

<sup>1</sup> Ф. Паульсон „Педагогика», перевод с немецкого, под редакцией и с предисловием лектора Московских Женских Педагогических Курсов Г.К. Вебера. Издание Товарищества „Мир". Москва, 1913 г.

<sup>2</sup> По этому поводу ознакомиться с работой Екатерины Янусул „Итальянский детский сад по системе г-жи Монтессори". С.-Петербург, 1912 г.

вспомогательной школе нужно заметить, что она пригодна лишь в сравнительно легких случаях, предназначенных в побочные школы, существующие рядом с нормальными, и в общем похожие на них, при условии, если домашняя обстановка воспитанника представляется для него вполне благоприятной, поэтому всюду, где имеются экстернаты, на обязанности воспитателей должно лежать наивозможно лучшее осведомление о том, в какой среде и вообще, в какой обстановке протекает внешкольная жизнь воспитанника, что, к сожалению, не всегда удается достаточно разузнать и учесть.

С другой стороны, и экспертная комиссия, прежде чем допустить воспитанника к экстернату, должна достаточно взвесить все обстоятельства домашней жизни воспитанника и принять во внимание все возможные внешние влияния на него, а равно отметить, какие стороны его характера могут быть наиболее уязвимыми такого рода влияниями, которые для нормальных детей, быть может, ничего неблагоприятного представлять и не могут.

Следует помнить, что детская умственная отсталость проявляется не только на почве неблагоприятных наследственных и приобретенных благодаря тем или иным болезненным процессам, предрасположений анатомо-физиологического характера, но может представлять и, мы бы сказали, функциональный тип, когда нормальное развитие врожденных способностей ребенка или подростка тормозится самими условиями его жизни и тягостными влияниями обычной для него среды как в прошлом, так и в настоящем.

Бедность, заброшенность, нездоровые взгляды на жизнь окружающих — все это, сплошь и рядом, оказывает подавляющее влияние на психику воспитанника, делающего, таким образом, по социальным причинам неспособным плодотворно работать в нормальной школе и еще более опускающегося благодаря неуспешности применения к нему обычных педагогических методов.

Часто дети, отсталые умственно, благодаря неблагоприятным социальным

условиям, среди которых складывается их домашняя жизнь, на первый взгляд производят впечатление даже более тяжелых патологических случаев, чем подлинные патологические случаи, в которых можно констатировать влияние психо-и невропатической наследственности, будь то симилярной или диссимилярной, отражение на развитии нервной системы детей различных злоупотреблений родителей в виде алкоголизма и т. д., наконец, — последствия ранее перенесенных специфически нервных или вообще тяжело истощающих организм заболеваний. Однако, как правило, дети с функциональной умственной отсталостью вследствие несчастливых социальных влияний являются, если и не всегда более легкими в воспитательном отношении, тем не менее скорее способными выказать успехи при помещении их в соответствующую обстановку.

Во всех сомнительных случаях для умственно отсталого ребенка прямо показуется интернат, который, как очевидно, оберегая воспитанника от всякого рода посторонних воздействий, несомненно облегчает дело его воспитания и обучения.

В предыдущей лекции указывалось уже на это, поскольку желательно группировать воспитанников так, чтобы между ними не замечалось более или менее значительного неравенства в способностях.

По мере возможности оценивая психологический тип воспитанника на экспертизе, комиссия экспертов, как сказано, должна намечать и их первоначальную группировку, по крайней мере постольку, поскольку она нормируется наличностью особых вспомогательно-воспитательных учреждений.

Для детей наиболее трудных в воспитательном отношении особенно желателен специальный тип врачебно-воспитательного заведения, где они живут небольшими «семьями» в отдельных павильонах, получая соответственное воспитание, строго приспособленное к тому или иному из многообразных видов умственной отсталости.

Выработка детальнейшей классификации видов умственной отсталости является прямо таки необходимой, чтобы группи-

ровать детей в воспитательном отношении наилучшим образом и создавать для них совсем специфические условия жизни и воспитания.

Должна ли экспертная комиссия обязательно иметь в виду, как цель для помещения воспитанника в то или другое вспомогательно-воспитательное учреждение, исправление подростка для продолжения начатого им образования?

На этот вопрос можно дать отрицательный ответ. Конечно, экспертная комиссия обязана считаться с теми задачами, которые возлагаются на воспитанника его родителями или попечителями, как и самим обществом, но больше всего она должна обратить внимание на то, по силам ли воспитаннику выполнение возлагаемых на него задач, и не будет ли более плодотворной работа его в другом направлении, к которому быть может и сам он стремится, хотя бы бессознательно.

Наиболее целесообразное развитие способностей воспитанника, поддержка и развитие в нем способностей высшего порядка, иногда наличных даже у явно умственно-отсталых детей, в которых способности эти часто попросту заглушаются шаблонным воспитанием и образованием, — вот главная цель обследования подростка какой бы то ни было экспертной комиссией.

Эта же цель должна руководить и последующими исследователями воспитанника, заведующими его воспитанием.

Наряду с общими воспитательно-образовательными целями экспертная комиссия, помещая подростка соответственно с его способностями в то или другое вспомогательно-воспитательное учреждение, должна естественно считаться и с местными условиями: так, отстающих воспитанников, выросших в городе, следует направлять в городскую вспомогательную школу, для детей же деревни уместно и свое специальное вспомогательно-воспитательное учреждение, приспособленное к их привычкам и к выработанным у них жизнью понятиям.

Это не значит, впрочем, что городские дети не могут находиться в учреждениях,

существующих в провинции, в которых практикуются полевые работы и т. д., а с другой стороны, что детям, начавшим свое воспитание в сельской обстановке, закрывается доступ в городские учреждения, но только, что приходится считаться с местными привычными условиями жизни детей, для того чтобы наиболее благотворным образом влиять на их воспитание, не заставляя их делать непоследовательные скачки из одной обстановки в другую, могущую показаться совершенно чужой без соответственной подготовки.

После того как воспитанник принят в воспитательное учреждение вспомогательного типа согласно определенному заключению экспертов, исследован по уже указанной схеме в самом вспомогательном учреждении и введен, так сказать, в русло школьной жизни, новые наблюдения над ним и изучение его должны производиться непрерывно.

Наблюдения эти естественно начинают носить характер коллективных в смысле привлечения к ним различных представителей школьного персонала, в том числе, — врача, дежурного воспитателя, воспитателя, заведующего «семьей», в которую вступает воспитанник, там, где проводится весьма желательная в учреждениях для всяких дефективных детей система разделения воспитанников на семьи, — классных и общих преподавателей, наблюдателей и т. д.

В наблюдении за воспитанником и в изучении его должно быть целесообразное разделение труда между лицами персонала, дополняющими один другого, и только при таком порядке является возможным создание непрерывности наблюдения.

Сведения, собираемые различными лицами, факты из жизни воспитанника, отмечаемые при различных обстоятельствах школьного и пенсионерского быта, должны периодически суммироваться, обсуждаясь и находя себе должное освещение на врачебно-педагогических советах.

Общая же сводка уже готовых данных поручается центральному лицу, которым должен быть обязательно врач-психолог, когда приходится иметь дело с формами

умственной отсталости, уклоняющимися в область патологии.

Врачебно-педагогические советы, при наличии достаточных оснований, в соответствии с притекающими сведениями о воспитаннике могут перемещать воспитанника из одной из существующих в учреждении воспитаннических групп в другие, касаться вопроса даже о переводе воспитанника в иное вспомогательное воспитательное учреждение и вообще должны присвоить себе главную руководящую роль в деле воспитания и обучения питомцев.

Результаты наблюдений над воспитанниками и исследований их могут сообщаться одними лицами персонала другим, как и самому врачебно-педагогическому совету, в устной форме. Так например, наблюдатели должны делать сообщения воспитателям, кураторы — врачам, так воспитатели и врачи равным образом должны делать свои доклады врачебно-педагогическому совету.

Одним словом, устная форма передачи наблюдений и исследований устанавливается во всех условиях, когда те или иные явления из жизни воспитанника представляются лишь предметом сообщения одной инстанции другой для квалификации их или, другими словами, для определения их самостоятельного значения.

Вполне определенные и квалифицированные результаты наблюдений и исследований воспитанников должны выливаться в письменную форму.

Тщательная регистрация квалифицированных результатов наблюдений и исследований является той солидной канвой, на которой может вырисовываться общая характеристика воспитанников, венчающая собою ознакомительную с ними работу.

Чтобы судить, насколько подробно должна быть регистрация фактов, следует каждый из них оценивать с точки зрения вклада, который делается отметкой его в общую характеристику воспитанника.

Следует только помнить, что многие факты из жизни ребенка, кажущиеся с первого взгляда мелкими и малозначащими, могут иметь весьма существенное значение в определенном освещении.

Сознательное отношение к делу изучения воспитанников и опытность наблюдающих и обследующих их являются, конечно, самыми лучшими регуляторами при производстве записей.

Формальной же помощью для исследователей детской психологии могут быть схемы, вырабатываемые для каждого рода наблюдений и обследований. Схема первоначального врачебно-психологического обследования воспитанника, поступившего во вспомогательную школу, может быть фиксирована как лист с определенными вопросами; первоначальное обследование должно вестись в порядке, указанном схемой.

Подобные же листы с вопросами должны находиться и у каждого преподавателя для первоначального суммарного ознакомления с запасом знаний, имеющихся у воспитанника по тому или иному предмету.

Заполнение таких листов должно быть исходным пунктом для разностороннего ознакомления с физическим и духовным миром воспитанника.

Но это только начало: исчерпывающих сведений о воспитаннике такого рода листы заключать в себе не могут, — нужно дальнейшее изучение и притом приспособительное к жизни воспитанника; из обычной же своей жизни обучения и воспитания он не должен слишком быть отвлекаем для методических обследований, которые отнюдь не должны являться для него источником утомления.

В виду этого дальнейшее обследование подростка, а тем более ребенка, в строгом порядке схем представляется затруднительным и не отвечающим своей основной задаче.

Требуется исследовать Я воспитанника, его личность, в связи с ее многообразными проявлениями, множество отдельных способностей его, анализируя их и устанавливая корреляции между ними. А это все немисливо уловить и охватить в любой момент, — нужно считаться с условиями и места, и времени, когда то одна, то другая черта, служащая для характеристики личности воспитанника, выступает наиболее

отчетливо.

Как при клиническом изучении болезней и самых организмов, подверженных им, должно помнить о текучести симптомов, по которым судишь о состоянии органов. Как и в клиниках, во врачебно-воспитательных учреждениях вспомогательного типа должны применяться измерительные обследования, повторяемые то или иное количество раз, наблюдения изо дня в день над не поддающимися точному измерению проявлениями, и эксперимент, включая сюда обычный психологический и так называемый естественный эксперимент, разработкой которого в его школьном применении мы особенно обязаны трудам покойного профессора психологии в Психоневрологическом Институте А.Ф. Лазурского<sup>1</sup>.

Для записей результатов психологических исследований измерительно-экспериментального характера могут существовать на каждого воспитанника свои особые тетради, подразделенные на отделы соответственно тем или иным сторонам психики, подлежащим изучению, с постепенным переходом от одних к другим в смысле большего или меньшего собирания сведений в той или иной области, сообразно с обстоятельствами; такого рода записи вестись должны по преимуществу врачом-психологом.

Результаты же каждодневных наблюдений над поведением воспитанников, их настроениями, мыслями, чувствами, отношением к работе, к окружающим и т.д. должны заноситься в специальный журнал, особый для каждого питомца, или „Дневник“, главным образом, воспитателем, заведующим „семьей“, к которой принадлежит воспитанник, а равно, в виде дополнения, дежурным воспитателем, преподавателями и врачом.

При идеальной постановке дела желательны ежедневные записи, но вообще такие записи могут быть и не ежедневными: достаточно, если каждый день они подроб-

ным образом ведутся в самом начале пребывания воспитанника в стенах вспомогательно-воспитательного учреждения, потом же они могут быть и еженедельными, подробными только по отношению особенно выдающихся и характерных фактов.

Преподаватели, кроме записей характера психологических наблюдений, должны вести еще формальную регистрацию успешности занятий воспитанника, количества пройденного, усвоенного им, в связи с тем интересом, который он проявляет к данному предмету, что может прилагаться к дневникам в виде периодических осведомительных листков.

На долю преподавателей выпадает и ведение школьного естественного эксперимента, о результатах которого они сообщают в писаной форме врачу-психологу или вообще лицу, руководящему психологическим измерительно-экспериментальным обследованием воспитанника для составления окончательной характеристики его, с учетом изменений, происшедших в нем за время пребывания в учреждении вспомогательно-воспитательного типа.

Тетрадь психологических исследований, группирующих данные для составления характеристики, заполняется также по рубрикам и на основании дневников, которые, отражая в себе и острые — временные, и длительные — постоянные процессы психической жизни, передают в тетради психологических исследований лишь наиболее постоянные черты.

Методы психологического исследования, достойные применения во вспомогательной школе, весьма разнообразны, и с ними можно подробно ознакомиться из сочинений различных авторов, столь же известных в психологии, сколько и в педагогике.

Особенно в защиту применения экспериментально-психологических методов в области педагогики с началом настоящего столетия выступил лейпцигский профессор

<sup>1</sup> По этому вопросу рекомендуется ознакомиться со следующими работами: А. Лазурский „Школьные характеристики“, С.-Петербург, 1913 г. Издание К.Л. Риккера, и „Естественный эксперимент А и его школьное применение“, под редакцией проф. А. Ф. Лазурского при участии: Н. Вальватъевой (С. Философовой), И.С. Канаева, Е.А. Кенигсберг (Коварской), М.В. Коренблит, А.Ф. Лазурского, М. М. Надольской, Н.В. Пясецкой и М.В. Топорковой.. Петроград, 1918 г. Изд. К.Л. Риккера.



Эрнст Мейман<sup>1</sup>.

Из других авторов известны работающие в том же направлении Бинэ и Симон<sup>2</sup>, Уипль<sup>3</sup>, Шульце<sup>4</sup>, Россоломо<sup>5</sup> и проч.

Ценность методов, рекомендуемых этими авторами, как и многими из не упомянутых нами сейчас психологов и психиатров<sup>6</sup>, заключается в том, что, благодаря применению одних удается анализировать сложные психические явления, благодаря же применению других удается точное измерение элементарнейших психических процессов, к чему, собственно, и стремится современная психология.

Для правильного проведения психологического эксперимента представляется необходимостью в специальной лабораторной обстановке, почему и желательно, чтобы при вспомогательных школах для умственно-дефективных детей, наряду с кабинетом для врачебно-соматического освидетельствования воспитанников, была бы оборудована и психологическая лаборатория, хорошо снабженная специальными пособиями и аппаратами.

В целях научной постановки дела психологического обследования воспитанников, во всяком случае, желательна твердая установка порогов различного рода их восприятия с помощью соответственных приборов, а равно быстрота, с которой протекает простейшая волевая реакция на того или другого рода раздражения.

Подобные данные представляют особую ценность, когда они добываются с помощью надлежащих опытов через определенные промежутки времени. Одинаковым образом важна постановка и других опытов, например, выясняющих объем и устойчивость внимания, характер и силу памяти, "способность к простейшей ассимиляции и осмыслению, силу простейших эмотивных проявлений и т. п.; при всем этом следует особенно учитывать роль тех или иных органов чувств с их психической проекцией в развитии различного типа психических процессов.

Приступая к более сложным психологическим опытам, как правило, нужно прежде всего составить себе мнение о том, что

<sup>1</sup> Проф. Эрнст Мейман. "Лекции по экспериментальной педагогике", перевод под редакцией и с предисловием Н.Д. Виноградова с последнего переработанного и значительно расширенного немецкого издания с иллюстрациями, в 3-х частях. Москва 1914-1916 гг. Издание Т-ва, Мир.

<sup>2</sup> А. Бинэ, Т. Симон „Ненормальные дети: Руководство при приеме ненормальных детей в специальные классы. С предисловием А. Буржуа. Перевод д-ра М. Владимирского. Москва, 1911 г.

<sup>3</sup> Уипль „Методы исследования детей". Московское издание музея Попечительского Дома. — „Простейшие школьные педагогические опыты". — То же издание. — „Как изучить ребенка?" — То же издание.

<sup>4</sup> Р. Шульце „Техника психологического и педагогического эксперимента", перевод с немецкого студентов Психоневрологического Института с предисловием проф. А.Ф. Лазурского. С.-Петербург, 1912 г. Издание М. К. Костина.

<sup>5</sup> Г. И. Россоломо „Общая характеристика психологических профилей 1) психически недостаточных детей и 2) больных нервными и душевными болезнями". Москва, 1910 г. — „Психологические профили. Количественное исследование психических процессов в нормальном и патологическом состояниях. Методика". Москва, 1910г.

<sup>6</sup> Ф.Е. Рыбаков «Простейшие методы объективного исследования психических функций». Труды Псих. Клиники Московского Университета. № 2. Москва, 1914 г.

Прив.-доц. А.И. Бернштейн «Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. Опыт экспериментально-клинической семитики интеллектуальных расстройств с 25 рисунками в тексте и 18 таблицами на отдельных листах. Издание Студенческой Медицинской Комиссии имени Н.И. Пирогова». Москва, 1911 г.

Акад. В.М. Бехтерев и д-р мед. С.Д. Владычко „Материалы к методике объективного исследования душевнобольных" С.-Петербург, 1910 г. Типография П.П. Сойкина. Стремянная, № 12.

Доктор А.И. Кожевников „Наследование умственно отсталых детей" Ненормальные дети в семье и школе. — Очерки по детской психопатологии и патологической педагогике. Под редакцией проф. А.С. Грибоедова, с рисунками и таблицами в тексте. Москва, 1914 г. Книгоиздательство "Полезьа".

И.Е. Осипов, врач-психиатр Московского Городского Рукавишниковского Приюта. „Программа исследования личности". Приложение к годовому отчету Московского Городского Рукавишниковского приюта за 1913 г. Москва, 1914 г. Городская типография.

Проф. А. Лазурский "Психология, общая и экспериментальная". Петроград, 1918 г. Издание К.А. Риккера.

называется настроением воспитанника в данный момент; для этой цели необходимо обращать внимание на то, как он держится, и главным образом, на его мимику, изучение которой должно быть поставлено по возможности более серьезно.

Метод фотографирования воспитанников может оказаться весьма полезным для анализа их мимических проявлений, во многих случаях умственной дефективности весьма характерных, что заставляет желать включения фотографического аппарата в число научных приборов лаборатории психолога-экспериментатора.

Программы исследования личности для конечного составления соответственных характеристик могут, как и опросные листы, о которых говорилось выше, быть различными, и лишь в виде образчика, где вполне допустимы изменения, можно привести перечень душевных качеств или наклонностей, подлежащих изучению, предложенный А.Ф. Лазурским<sup>1</sup> и входящий в его программу наследования личности: I Ощущения. II Восприятие. III Память. IV Ассоциации. V Внимание. VI Мышление. VII Речь. VIII Воображение. IX Общие особенности умственной сферы. X Настроения и аффекты. XI Чувства, зависящие от контраста. XII Чувства, относящиеся к собственной личности. XIII Чувства по отношению к другим людям. XIV Высшие идейные чувства. XV Общие особенности эмоциональной сферы. XVI Движение. XVII Принятие решений. XVIII Процесс выбора. XIX Сознательное волевое усилие.

Из перечисленных качеств раньше всего желательно наиболее полное ознакомление с речевой способностью воспитанника; следует помнить, что пороки речи могут не только затруднять ученическую работу воспитанника, но в некоторых случаях делать его даже неприемлемым в среде товарищей; кроме того, речевые реакции играют весьма существенную роль вообще при психологическом исследовании, что также заставляет прежде всего желать ознакомиться с их характером. Изучается сперва самая фонация воспитанника, его манера произношения, отмечая, нет ли здесь дефектов.

Далее, важно составить себе понятие о словаре воспитанника, обращая внимание на его употребительнейшие выражения.

Вопросом изучения словаря детей один из первых занимался Бертольд Отто, который считал это одним из верных путей, чтобы проникнуть в область детского духовного мира.

Этим же вопросом, по его почину, занялись и другие психологи и педагоги, определяя общие размеры словаря малолетнего того или иного возраста, количество и характер обычно употребляемых им слов, излюбленные выражения, умение справляться с грамматическими формами, преобладающие грамматические формы, идеологизмы, неологизмы и т. д.

Действительно, из душевного мира подростка можно многое открыть в смысле характеристики его, ознакамливаясь с тем, как он говорит.

С интеллектом воспитанника ознакомиться можно лишь постепенно, как с помощью психологического эксперимента, лабораторного и естественного, так и посредством наблюдения его в различных условиях, где требуется рассудительность, находчивость, сметливость и т. д.; нужно не забывать только, что эта сторона душевной жизни находится в большой зависимости от проявлений эмотивных сфер, поэтому параллельно следует изучать и ее.

При изучении эмоций обращается внимание на преобладающие из них, на их характерное для данного лица течение, на деятельность их, резидуальные явления и т. д.

Интересно, что стремление детей к играм является также одним из весьма ценных показателей нормальности их настроений, почему и на то, сколько и как играют дети, равным образом, следует обратить внимание.

Постоянная вялость детей или повышенная возбужденность их сами по себе уже позволяют сделать заключение о наличии в психологии воспитанника патологических элементов если не органического, то функционального характера.

При обследовании инстинктов следует

<sup>1</sup> А. Лазурский. "Очерк науки о характерах"; программа исследования личности.

с особым вниманием отнестись к сексуальной сфере.

Важно, наконец, охарактеризовать воспитанника с моральной стороны, памятуя, что умственная дефективность редко проявляется лишь в одной какой-нибудь области, оставляя совершенно незатронутыми прочие. Большею же частью упадок нравственного чувства идет рука об руку с умственной отсталостью, и заботясь об исправлении последней, приходится принимать необходимые воспитывающие меры и по отношению к первой.

Дневники, в которые время от времени рекомендуется включать так называемую сплошную запись, то есть подробнейшее описание даже малейших проявлений воспитанника за целый день, естественно пополняют эксперимент, специальные опросы и т.д. во многих случаях играют и направляющую роль в его ведении.

Наблюдающий должен не только отмечать сознательные проявления воспитанника, но и пытаться проникать в его подсознательное, знакомясь, например, с характером сновидений, где это удастся.

Подмеченные дефекты воспитанника в практических целях прежде всего следует различать как частые и редкие, безвредные и мешающие занятиям. Редкие и мешающие занятиям дефекты должны быть, конечно, определены и оценены по возможности раньше, чтобы можно было вовремя принять меры, вплоть до перевода воспитанника в другое вспомогательно-воспитательное учреждение.

Но не одну только дефективность дол-

жен иметь в виду аналогически исследующий и синтетически наблюдающий психолог и воспитатель, цель его - узнать и оценить не только большую или меньшую одаренность как в умственном, так и в нравственном отношении воспитанника, но и его темперамент, его характер в целом, а равно весь его духовный багаж, принадлежащий как умственной, так и эмотивной сфере, чтобы не только исправлять, но и воспитывать в полном смысле этого слова.

Из практических соображений уже вскоре по поступлении воспитанников во вспомогательно-воспитательное учреждение также рекомендуется намечать их классификацию по темпераментам и характерам, для чего можно руководиться подразделениями, предлагаемыми различными авторами, между прочим, и А.Ф. Лазурским, который в уже рекомендованном труде «Школьные характеристики» различает среди детских психологических типов: I чистые — 1) интеллектуальные, 2) аффективные, 3) аффективно-деятельные и 4) расщепленные; II одаренные; III смешанные или аморфные; IV извращенные — 1) пассивно-апатичные, 2) лицемерные и 3) озлобленные, и V дефективные — 1) пассивные и 2) возбужденные (дебилики, имбецилики и т.д.).

Подобные общие определения психологического типа воспитанников, однако, отнюдь не должны заслонять собою других определений, вырабатываемых вспомогательными учреждениями применительно к своим специфическим воспитательным задачам и резюмирующих детальные характеристики.

## Об авторе

**Оршанский А.Г.** — известный российский педагог и искусствовед. В 1918 году в Петроградском институте дошкольного воспитания был организован факультет детской дефективности. Факультет являлся подразделением Психоневрологической академии, возглавляемой родоначальником дефектологического факультета В.М. Бехтеревым. Организаторы факультета обосновали систему профессиональной подготовки кадров для обучения лиц с нарушениями развития. А.Г. Оршанский, наряду с И.А. Сикорским, М.В. Богдановым-Березовским, И.А. Бодуэном де Куртенэ, Г.Я. Трошиным, А.И. Скребицким, А.Ф. Лазурским, И.В. Маляревским был одним из разработчиков содержания высшего дефектологического образования, теоретико-методологических подходов к изучению, предупреждению и преодолению нарушений в развитии детей, продолженных и углубленных последующими поколениями ученых факультета.

А.Г. Оршанский занимался в России исследованиями детского рисунка, был собирателем детских рисунков и издателем литературы о них в начале XX в, является автором книг и статей о влиянии игрушки на психологическое развитие ребенка.



# ИЗ РОДИТЕЛЬСКОГО И ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОПЫТА



# Просто жить

СОКОЛЯНСКАЯ С.



В нашем мире трудно сохранить спокойствие, найти взаимопонимание, когда люди так заняты, бегут на работу, в магазины, по делам. Взрослым, у которых есть дети и свои родители, требующие заботы, трудно все успевать. А родители, у которых дети - аутисты, испытывают эти трудности вдвойне! Как справиться с темпом жизни, со своими эмоциями, если мы не в состоянии изменить свою жизнь, как перестать мучить себя тяжелыми мыслями, а также как справляться с нашими детьми?

Знакомые родители детей-аутистов готовы поделиться своим опытом выживания, хотя, наверное, многие из нас имеют какие-то свои способы удерживаться на плаву в стремительно несущейся жизни, отягченной заботой и мыслями о наших больных детях, об их будущем.

Смею предложить свой опыт и советы, следуя которым, вам, может, легче будет победить обстоятельства, а если не победить, то начать относиться к своей ситуации совсем по-другому, может, просто узнать, как действовать и не пасть духом. И ниже помещаются записки знакомых родителей аутичных детей, которые как бы иллюстрируют результаты этого опыта.

**СОВЕТ.** Общайтесь с родителями, у которых есть такие же дети, поделитесь опытом. В такой компании существуют взаимопонимание и поддержка, можно рассчитывать на помощь в разных ситуациях. Это необходимо для того, чтобы ни родители, ни дети не испытывали неудобства и чувствовали себя нормально. Просто общаться, беседовать, потом, в зависимости от развития и возможностей детей, можно придумывать игры, самые простейшие. Сначала, возможно, у детей будет нежелательная реакция: непонимание, робость, испуг, но потом дети что-то поймут, им станет интересно с другими детьми. Родители тоже получают разрядку, что очень важно для поддержания «погоды в доме».

**Наташа, 29 лет.** Мы собираемся семьями примерно раз в неделю, есть две семьи, которые абсолютно нормально относятся к моему аутичному ребенку. В остальных местах я чувствую себя неловко, мне все время стыдно за своего сына. Стыдно, потому что он не умеет себя вести за столом: когда видит сладкое, становится сам не свой, накидывается на сладости, как коршун. Причем у него нет чувства меры, он становится очень грязным. Люди, которые не знают всей ситуации, думают, что он невоспитан, и с ужасом смотрят на него. Но когда мы собираемся любимыми семьями, то детям хорошо, и мне соответственно. Мы объяснили здоровым детям, что мой сын просто маленький, хотя выглядит большим. И они как-то абсолютно спокойно к этому отнеслись и играют вместе. Конечно, игрой это трудно назвать, потому что мой сын пока с детьми не играет, он сам по себе. Но есть «дела», которые дети делают вместе: дружно кушают вместе, кружатся, держась за руки, и делают «кучу малу», причем мой сын счастлив, когда его

чуть-чуть тискают. И мы, родители, можем немного отвлечься и поговорить о разных вещах, я чувствую себя спокойно и очень рада за своего сына.

**СОВЕТ.** Заменяйте плохие мысли хорошими, специально и с неуклонной твердостью. Потому что в натуре человека думать о плохом, развивать, а потом отчаиваться от еще не случившегося и страдать. На самом деле, часто бывает так, что есть только маленькая вероятность, что нежелательное событие случится! Самое простое – это задавать себе вопросы: «Как я могу изменить ситуацию, что я могу сделать полезного для дома, для себя, для ребенка?» и соответственно действовать. Ведь человек не может думать о двух делах сразу, например, как сшить юбку, и что будет с ребенком через три года. Когда грустно или скучно, когда голову занимают плохие мысли, найдите себе дело, хобби, которые заполняют все свободное время, и у вас просто не останется времени на тяжелые мысли и тревоги. Это могут быть работа по дому, какое-то творчество, чтение романов, игра и занятия с ребенком, общение с друзьями. Нужно нарочно придумывать все дела и события. Для вас и для ребенка в этом будет разнообразие, положительные эмоции. Эффективно, по моему опыту, наметить не больше 5-6-ти важных дел, в зависимости от распорядка дня. Регулируйте сами, но именно 5-6 дел вы успеете сделать. Не будет идти кругом голова от количества намеченных, но не выполненных задач. Останется чувство удовлетворения от прожитого дня, не будет голова занята мрачными мыслями.

**Марина, 35 лет.** Всем родителям известно, что за детьми-аутистами нужен уход в два раза больший. Когда мой ребенок очень шкодит, когда он куда-нибудь влезет, когда он плохо себя ведет в общественных местах, то я, конечно же, устаю, и мои нервы на пределе. Я нашла выход из данной ситуации: я просто представляю, что у меня не один ребенок, а два, то есть мне нужно ухаживать сразу за двумя детьми в один момент. И тогда мои заботы мне кажутся самыми

обычными, именно эта мысль мне помогает справляться с жизненными трудностями. Сразу как-то напряжение у меня спадает, и мне становится легче.

**СОВЕТ.** Обязательно хвалите своих детей, даже если нет повода для этого! Уважайте их, уважайте их чувства, воспринимайте детей такими, какие они есть, оберегайте их в этом тяжелом мире. Не сравнивайте ваших детей ни с кем, ведь каждый человек индивидуален, и сравнивать людей нет смысла. Не унижайте их за их проступки, они же маленькие детки, которым нужна опека, ласка и родительская любовь. Хвалите детей, когда они что-то сделают, сделают какую-то мелочь, когда у них получаются занятия. Если бы все детки-аутисты могли говорить, то они бы сказали, как они любят своих родителей, и им не хватает ласки, объятий и хороших слов. Старайтесь не показывать своего плохого настроения, вернее сказать, не срывайте зло на беззащитных детках, держите себя в руках, это очень тяжело, но так важно! Детки приобретают положительные эмоции, которые помогают из «колючего насупившегося ежика» превратиться в «счастливый распутившийся цветок».

**СОВЕТ.** Не пренебрегайте помощью государства. У некоторых детей-аутистов и детей с другими диагнозами есть инвалидность. Стоит пользоваться своими льготами. Если принести необходимые документы и набраться терпения, то можно получить со скидкой путевки на базу отдыха, бесплатные билеты в цирк, бесплатный проезд, ежемесячную денежную помощь от государства.

**Александра, 23 года.** Мой сын ходит в специальный садик, туда зачислены умственно отсталые дети, дети-аутисты, дети с синдромом Дауна и многие другие больные детки. Государство бесплатно обеспечивает их хорошим питанием, в садике – тепло и уютно, дети получают возможность общаться. Родители, в силу своей занятости или даже обессиленности, не могут тратить время на хлопоты и улаживание формаль-

ностей, часто не знают всех привилегий для детей-инвалидов. В садике есть мама - «активистка», которая выбирает время и посещает исполком, она всегда старается быть в курсе событий, того, что можно получить для детей-инвалидов. Она сообщает всем желающим родителям, что будут выдаваться, например, билеты в цирк, и нужно принести для этого документы и написать заявление. На самом деле это небольшая помощь, но все равно нам очень приятно.

**СОВЕТ.** Просто жить. Не думать с тоской о том, что будет дальше, не беспокоиться о завтрашнем дне, просто делать именно то, что запланировано на сегодняшний день. Просто пить утром чай, идти на работу, идти в магазин, делать повседневные дела, читать, творить и не мучить себя сомнениями, не терзать себя каждый день. Только так становится легче. В каждой семье есть проблемы, пусть даже в ней и здоровый ребенок. Вы можете перебраться сейчас в уме знакомые семьи или пары, у всех есть какая-то проблема! Такова наша жизнь, никто не обещал, что наш жизненный путь будет благополучным. Поэтому давайте будем просто жить и принимать жизнь такой, какая она есть.

**Николай, 39 лет.** На выходные я нахожу себе работу по дому, если нет работы, то спрашиваю у жены, что нужно сделать, она мне всегда работу найдет. Конечно, когда я устану после работы, я смотрю телевизор, который тоже отвлекает. В выходные, в хорошую погоду мы выезжаем с семьей на дачу, и моя дочка очень рада, ее приходится потом хорошо отмывать и постоянно следить, как за маленькой девочкой (ей 6 лет). Чтобы с ней не случилось чего-то, мы с женой меняемся, по очереди смотрим за дочкой. Мы даем ребенку самые легкие поручения, которые ей по силам, потому что у дочки плохо развита моторика. Например, что-то подать, принести, положить, достать, выкинуть в мусорное ведро - это она всегда с удовольствием делает. Если не может найти или теряется, всегда подсказываем и хвалим ее, все это дает ей стимул, желание делать и

помогать. И еще, хотелось бы отметить, что мне просто надоело изводить себя мыслями, как дальше жить, что будет с моим ребенком, станет ему лучше или нет, я просто живу и учу свою жену так же думать, мне приходится ей иногда напоминать об этом, она более эмоциональный человек, чем я.

### Как мы общаемся и занимаемся с нашими аутичными детьми

Ребенок-аутист, с одной стороны, очень отличается от обычных детей, а, с другой, - такой же ребенок, как и все дети. Вот именно в этом заключаются трудности в общении и воспитании такого ребенка. Очень непросто найти родителям путь, как растить малыша, общаться, что делать в той или иной жизненной ситуации. Самое лучшее и проверенное средство - это общаться с ним, как с обычным ребенком, потому что он почти так же может смеяться, хитрить, играть... Или можно попытаться ребенка-аутиста научить всему этому, кроме, конечно, хитрости. Многих детей приходится учить, как играть, как общаться, как действовать, потому что они ничего не повторяют за другими.

Учить аутиста необходимо поэтапно, раскладывая на мелкие действия и детали, вплоть до того, что родители должны брать руки



ребенка в свои и все показывать, повторять сотни раз, недели, месяцы... И в один прекрасный момент ребенок сделает это сам, вознаградит вас за усилия. Тут необходимо запастись терпением, подбадривать себя в трудных ситуациях, не опускать руки, а если они опустились, отдохнуть и потом опять начинать заниматься. Ведь аутисту нужно во много раз больше времени, по сравнению с обычным ребенком, чтобы научиться чему-то! Обычный ребенок увидел - сделал, а ребенок-аутист увидел - и не повторяет. Почему? Возможно, он боится или ему это не нужно, ему и так хорошо, ему прекрасно в своем мире.

**Алина, 31 год.** Вы же все видели, как мальчишки ходят с большим удовольствием по листьям осенью, а мой ребенок нет. Так я его учила, я находила большие кучи листьев и показывала, как можно копошиться в листьях, и что это очень интересно, когда они разлетаются в стороны, просто показывала, как играют мальчишки. Теперь он сам идет по дороге вдоль бордюра и шуршит листьями. Бывало так, что дворник только собрала кучу листьев, а мой сын прибежал и все разбросал, она, конечно же, ругается. Я уважаю чужой труд, но в этот момент мой ребенок был счастлив, и это главное! Теперь, когда вблизи большая куча листьев, я говорю ему: «Чуть-чуть походи и хватит». Вы же видели, как мальчишки прогоняют голубей, воробьев. Так и я показывала ему, как это бывает: он сначала удивлялся, наблюдал, а теперь и самому стало интересно, теперь он за ними бежит.

Некоторым родителям может показаться, что ребенку лучше давать какие-то конкретные задания, чем гонять голубей, то есть лучше учить буквы, цифры и т.д. Такие родители ошибаются, должно быть всего в меру - и игр, и занятий.

**Светлана, 28 лет.** Аутичным детям тоже нужны объятия, ласка. Они чаще всего боятся объятий, спасаясь в своем мире. Можно их приучить к этим объятиям, ребенок сам будет подходить к вам, обнимать и целовать вас. Мы очень долго учили своего

сына обнимать родителей, ведь он не повторял за нами и не обнимал нас, не целовал: у сына, казалось, не было в этом потребности, он просто щипался - это и была вся любовь. Мы его учили и говорили: «Обними папу, поцелуй папу, маму» и клали руки на плечи, показывали, как нужно обнимать, и подставляли щеку, показывая сыну, как целовать. Он сначала все повторял отретпетированными, неуклюжими, «деревянными» жестами и холодно целовал. Нам даже эти движения были в радость, а позже (прошло примерно 6 месяцев) он сам начал подходить и обнимать, особенно, когда ему что-нибудь нужно от нас!

Аутистам идут на пользу любые занятия. Известно, что очень эффективны для занятий всевозможные карточки, именно аутичных детей легче учить по таким карточкам.

**Марина, 25 лет.** В магазинах продается мало карточек, картинки могут быть не совсем понятны для моего ребенка, я их делаю сама. Все знают, что в супермаркетах раздают рекламные листовки, я вырезаю из них фотографии продуктов, предметов быта и клею их на картон, другие карточки и названия предметов можно распечатать на принтере. Для начала можно просто показывать, потом ребенок выучит и будет показывать пальцем, рукой на нужную картинку, а кто из детей может говорить, тот будет называть картинку. Тут можно фантазировать, но помните, что могут пройти месяцы, прежде чем ребенок выучит! Так можно выучить цвета, фигуры, буквы, слова и т.д. Ребенок-аутист все запоминает, не опускайте руки, учите его играть, терпение и труд все перетрут.

Еще хотелось бы отметить огромную важность массажа. Необходимо массировать кончики пальцев, массировать руки, спинку и все тело. Массаж может помочь там, где не помогают лекарства. Он действительно помогает! Усилившийся кровоток стимулирует организм, и через некоторое время вы получите результат.



**Павел, 32 года.** У моей дочки бывают беспричинные истерики, как правило, вечером, когда все устали. Я забываю все дела, выключаю телевизор и просто делаю ей массаж - легкий, расслабляющий: спинку, ручки, ножки. Придумываю какую-то историю, ей становится интересно. Причем интересно было не сразу, сначала она не понимала, что происходит, и зачем это нужно. Моя дочь успокаивается, а если не успокаивается, то хотя бы массаж делает свое дело и принесет в дальнейшем свои плоды.

Вы можете подумать, где взять столько времени? Нужно всего лишь 5-10 минут в день драгоценного времени для занятий с аутичным ребенком. Именно драгоценного, потому что трудно бывает выкроить время для занятий или просто усталость валит

с ног. Есть семьи, в которых оба родителя работают или ребенка воспитывает один родитель, или нет ни бабушек, ни дедушек. Но родители не сдаются. Занятия так важны, ребенку нужно приспособиться к этому миру! Для начала, чтобы сэкономить время, можно ограничить просмотр телевизора, сэкономить время на разговорах по телефону или на чем-то другом, вам ведь виднее. Попробуйте, все советы могут помочь. В этом и заключается развитие любого ребенка: вместе с родителями, воспитателями идти шаг за шагом, чтобы приспособиться к жизни, обучиться, ему же нужно как-то жить дальше. Мы желаем вам и вашим детям терпения, настойчивости, любви, а самое главное, здоровья! Пусть вашим девизом станет поговорка: «Терпенье и труд все перетрут».

## **Всемирный день распространения информации об аутизме**

**2 апреля 2008 года впервые проведен Всемирный день распространения информации об аутизме.**

**Начиная с этого года, День распространения информации об аутизме проводится по решению Генеральной Ассамблеи ООН 2 апреля ежегодно во всем мире.**

В этот день в Санкт-Петербурге инициативная группа родителей, специалистов и волонтеров совместно с ГАООРДИ провела информационную акцию на Малой Конюшенной ул., у памятника Гоголю. Более 5 тысяч человек получили информационные листовки и ознакомились с материалами, выставленными на стендах. Акция получила широкое освещение в прессе: на телевидении, радио и в газетах.

### **Родители аутичных детей в Санкт-Петербурге вышли на пикет**

Родители детей с синдромом аутизма 2 апреля начали санкционированный пикет на Малой Конюшенной улице. Таким образом они хотят привлечь внимание общества к своим проблемам. Об этом сообщает корреспондент ИА REGNUM.

Как рассказала одна из участниц пикета Надежда Якушкина, в ООН принято решение провести в этом году 2 апреля Всемирный день распространения информации об аутизме. "Мы решили, что в Санкт-Петербурге тоже должны что-то сделать именно в этот день. Прежде всего мы хотим привлечь внимание общества к этой проблеме".

Родители принесли стенды с фотографиями детей, раздавали листовки с информацией о синдроме раннего детского аутизма (РДА), рассказывали о том, что испытывали трудности с диагностикой синдрома. "Заметив, что с ребенком что-то не так: не реагирует на родителей, не улыбается, не говорит, - мы начинаем обивать пороги поликлиник, но проходит не меньше года-полтора, прежде чем ребенку диагностируют аутизм", - говорят родители. Они также озабочены тем, в какой детский сад отдать ребенка, где он в дальнейшем сможет получить образование, так как в городе крайне мало учреждений образования, которые занимаются интеграцией детей с особыми потребностями.

Кроме того, существует и проблема выросших детей. "Моему сыну 23 года, а после 18-ти лет диагноз "аутизм" снимается, ставят что угодно - шизофрению, психозы; никакой специализированной помощи при этом не оказывается, - рассказывает Ирина Воробьева. - А моему ребенку и мне, постоянно находящейся с ним, просто необходима квалифицированная психологическая помощь, но это один из самых дорогих видов помощи, который мы позволить себе не можем".

По словам родителей, в Санкт-Петербурге уже 15 лет работает общественный фонд "Отцы и дети", оказывающий профессиональную помощь не только аутистам, но и их родителям. Фонд создал единственный в своем роде в России интегративный летний лагерь "Онега" в карельской деревне, куда приезжают дети с аутизмом и подростки-волонтеры. Опыт "Онеги" уникален: природа, походы, совместное решение бытовых проблем помогают особым детям развиваться, стать более открытыми, сделать первые шаги в попытке общения с окружающими. Но как подчеркнул 2 апреля на пресс-конференции в Санкт-Петербурге руководитель фонда "Отцы и дети" Евгений Жуков, "возможности наши не беспредельны, до сих пор у фонда нет своего помещения, а существующая площадка для занятий слишком мала, чтобы помочь всем желающим". Как отметила психолог фонда Ирина Карвасарская, детей с аутизмом становится все больше, однако "дети попадают к нам довольно поздно, года в четыре, когда вся семья уже начинает страдать от того, что "ребенок уходит в аут".

Напомним, дети с синдромом раннего детского аутизма (РДА) не могут самостоятельно взаимодействовать с окружающим миром. Многие отказываются от контактов с людьми, замыкаются в себе, у некоторых пропадают ранее появившиеся навыки речи. В среднем только 1% от выросших аутичных детей способны вести самостоятельную жизнь, около 20% таких людей способны к такой жизни частично, нуждаясь в поддержке помощников, а остальные до конца жизни нуждаются в постоянной поддержке родителей и специалистов.

*Источник: [www.medictime.ru](http://www.medictime.ru)*