

В 2011 г. Министерство здравоохранения продолжает мониторинг суицидов и парасуицидов среди населения, анализ причин и условий их совершения, а также контроль за выполнением Комплексного плана с целью совершенствования системы профилактических мероприятий, направленных на дальнейшее планомерное снижение уровня суицидов в Республике Беларусь.

Вмешательства, направленные на развитие родительской компетентности при коррекции аутистического поведения у детей

Казанцева Н.В., Воробьева Е.В.

Сибирский государственный медицинский университет, г.Томск

ntlkzn@sibmail.com

С целью выработки плана психотерапевтических вмешательств, объединяющих сотрудничество психиатров, психологов, педагогов и родителей при коррекции ключевых признаков аутизма – нарушения социальных отношений, коммуникации и тяжелых ритуалистических тенденций, нами исследовалась взаимосвязь между аутистическим поведением и особенностями родительского отношения и родительской позиции

Актуальность оценки такой взаимосвязи обусловлена необходимостью развития у родителей навыков, более соответствующих проблемам, с которыми они сталкиваются при взаимодействии с аутистическим ребенком. Это вызывает необходимость комбинированного использования программ раннего вмешательства, направленных как на ребёнка, так и на семью с целью повышения родительских навыков и оптимизации развития ребенка с аутизмом.

Целью исследования было изучение взаимосвязи между аутистическим поведением и особенностями родительского отношения и позиции в контексте функционального анализа условий возникновения проблемы и подготовки фундамента для её решения.

Были обследованы 2 группы детей и их матерей. Экспериментальную группу составили дети младшего школьного возраста, страдающие РАС, и их матери (34 ребенка и 34 матери). Контрольную – 34 ребенка от 6 до 13 лет с типичным развитием (здоровые) и их матери.

Методы исследования:

1. Рейтинговая шкала детского аутизма (Childhood Autism Rating Scale – CARS), разработанная Е. Schopler, R. Reichler, В. R. Renner (1980).
2. Опросник принятия родительской позиции (ОПРП) Е.И. Захаровой и А.И. Строгалиной (2006).
3. Тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина (ОРО) (1982).
4. Статистическая обработка данных проведена с помощью программы Statistica 6.0. Использовались непараметрический U-критерий Манна-Уитни и H-критерий Крускала-Уоллиса, а также коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

По данным клинико-психологической оценки детей с РАС с помощью рейтинговой шкалы аутизма наиболее часто встречались нарушения таких компонентов аутистического поведения, как «Эмоциональный ответ» (8%) и «Уровень и соответствие ситуации интеллектуального ответа» (8%), в основе которых, согласно представлениям [1, 2] может лежать дефицит общих когнитивных навыков. Преобладание подобных клинических проявлений аутизма у детей сопровождается снижением качества родительского попечения.

Родительская позиция в целом, так и отдельные ее характеристики у матерей, воспитывающих детей с РАС, характеризуются неприятием. Особенно выраженное неприятие касается позиций «Забота и удовлетворение потребностей», «Руководство», «Зависимость положения родителя», «Поддержка ребенка» и «Эмоциональное принятие». Различия в родительских позициях по сравнению с матерями, воспитывающих здорового

ребенка, достоверны ($p < 0,05$). Значения по родительской позиции «Руководство» снижаются по мере увеличения степени тяжести симптомов аутизма у ребенка. Это свидетельствует о том, что ребенок с более тяжелой степенью расстройства требует больших родительских навыков, интенсивности ухода, времени и внимания родителей. Однако, по другим шкалам степень непринятия родительской позиции и типы родительского отношения у матерей детей с аутизмом не зависели от степени тяжести расстройства. Это позволяет сделать вывод, что матери не являются холодными и отчужденными и не могут служить психогенной причиной появления симптомов аутизма у ребенка. Скорее, некоторые искажения родительской позиции и родительского отношения матерей детей с аутизмом объясняются недостатком знаний и навыков обращения с такими детьми.

Особенности родительского отношения у матерей детей с аутизмом характеризуются отвержением ребенка (31%), стремлением инфантилизировать его (33%), приписать личную и социальную несостоятельность. Матери детей, страдающих РАС, часто предпочитают авторитарный стиль общения (19%). Это может снижать эффективность эмоционального общения между матерью и ребенком и приводить у последнего к состоянию «выученной беспомощности», которое вызывает вторичные эмоциональные и поведенческие нарушения. Высокий балл по шкале родительского отношения «Симбиоз» (14%) и низкий по шкале «Кооперация» (9%) в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$) матерей говорят о скорее «симбиотически-отвергающем» типе отношения.

Оценка зависимости родительского отношения от степени РАС значимых изменений не выявила ($p > 0,05$). Корреляционной связи между степенью тяжести РАС и количественными показателями принятия/непринятия родительской позиции, а также и вариантами родительского отношения не обнаружено ни по одной из шкал.

Таким образом, непринятие некоторых родительских позиций и снижение качества отношений между матерью и ребенком, страдающим

аутизмом, чаще обусловлено эмоциональным и когнитивным дефицитом у ребенка [2], приводящим к нарушениям коммуникации и социального взаимодействия, и недостатком родительских навыков у матери, необходимых для взаимодействия с этим дефицитом у детей.

Недостаточное принятие матерями детей, страдающих аутизмом, своих родительских позиций приводит к искажению родительских установок, включающих когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Эти установки могут влиять на отношения матери и ребенка, и приводить к формированию небезопасной, симбиотической привязанности данных детей, затруднению развития их социального функционирования, появлению вторичных эмоциональных и поведенческих проблем.

Таким образом, у детей с РАС выявлены проблемы поведения, связанные дефектами в когнитивной и аффективной сферах. Эти дефекты характеризуются общим и специфическим когнитивным дефицитом, проявляющимся в нарушении навыков, позволяющих понимать социально значимую информацию и реагировать на нее.

Для коррекции выявленных поведенческих проблем и вызывающих их дефицитов предлагается использовать комплексную терапию, направленную на ребенка и на родителей (семью). Вмешательства, направленные на коррекцию когнитивных дефицитов ребенка, включают, в первую очередь, поведенческие вмешательства, основанные на теории социального научения, позволяющие выработать навыки социальной инициации и социального ответа, лежащие в основе социальной компетентности. Они включают техники пошагового научения; базисный тренинг реакций; вмешательства, направленные на конструкты тревожности, депрессии, стереотипии, агрессивность; когнитивно-поведенческие методы [3].

Для оптимизации терапевтического воздействия на когнитивные дефициты ребенка и улучшения его социального взаимодействия с окружением целесообразно использовать вмешательства, направленные на

мать (родительский тренинг) и семью (терапевтические группы социальной поддержки).

Работу с родителями (чаще с матерями) рекомендуется проводить в групповом формате: терапевтические группы, родительский тренинг эффективного взаимодействия с ребенком. Стратегии, которым обучают родителей в рамках родительского тренинга, делятся на 4 категории [4]: 1) специфические методы для развития позитивных взаимоотношений; 2) техники следования за желательным для ребенка поведением (например, если он хочет куклу, то получит ее, если выразит свою просьбу словами); 3) способы обучения новым навыкам и поведению; 4) практические стратегии управления нарушенным поведением.

Тренинг эффективного взаимодействия с ребенком ставит перед собой цель улучшения взаимопонимания между родителями и ребенком, использование адекватных форм воспитательного взаимодействия, снятия напряженности, тревоги и обеспечение больших возможностей для преодоления проблем [5]. Используя в рамках тренинга функциональный анализ поведения и систематизированное наблюдение за ребенком, родитель обучается видеть в конфликтной ситуации проблему, интерпретировать, оценивать ее и находить решения.

Литература

1. Frith, U. Happé, F. Theory of mind and self consciousness: What is it like to be autistic? // *Mind and Language*. – 1999. – V. 14. – P. 1-22.
2. Baron-Cohen S. Theory of mind in normal development and autism // *Prisme*. – 2001. – V. 34 – P.174-183.
3. Лаут Г.В., Брак У.Б., Линдеркамп Ф. Коррекция поведения детей и подростков: Практическое руководство. Том 1. Стратегия и методы / Пер. с нем.В. Т. Алтухова; науч. ред. текста А.Б. Холмогорова. – М. : Издательский центр «Академия», 2005. – 224с.
4. Whittingham K, Sofronoff K, Sheffield J. , Sanders M. R. Do parental attributions affect treatment outcome in a parenting program? An exploration of

the effects of parental attributions in an RCT of Stepping Stones Triple P for the ASD population // Research in Autism Spectrum Disorders. – 2009. –V. 3 (1). – P. 129-144.

5. Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем. / Ред. Х. Ремшмидт. – М. : Мир, 2000. – С.476-499.

Актуальные проблемы комплексного лечения детей с СДВГ

Каркашадзе Г. А., Маслова О.И.,

Научный центр здоровья детей РАМН

karkga@mail.ru

В последние годы мировой наукой достигнуты большие успехи в изучении одной из самых актуальных проблем неврологии - синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей (СДВГ). Актуальность проблемы обусловлена высокой распространённостью синдрома в детской популяции и его большой социальной значимостью. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью находится в фокусе интересов различных специалистов из разных ведомств: неврологов, психиатров, психологов, дефектологов и педагогов, - в связи с чем, традиционно для полидисциплинарных предметов, актуальны вопросы синтетического восприятия проблемы и междисциплинарного взаимодействия.

Частота СДВГ в мире по различным данным варьирует от 2,2 до 9,5 % у детей школьного возраста [1] . В Соединенных Штатах примерно 2-6% школьников ставится диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью [2]. В исследовании Н.Н. Заводенко и соавторов частота СДВГ у школьников в Москве составила 7,6% [1] . Мальчики страдают в 2 раза чаще девочек.

Среди этиологических причин СДВГ выделяют три группы факторов: генетические; пре- и интранатальные, а также другие факторы