

ратами.

3. Назначить прямые антагонисты опиатных рецепторов.
4. Использовать психологические тесты MMPI для оценки психологического состояния пациента.
5. Без применения медицинской реабилитации прямыми антагонистами опиатов (Naltrexone hydrochloride) программы только психологической реабилитации малоэффективны.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Лекции по наркологии*/Под ред. Н.Н.Иванца. — М., 2001.
2. *Алкоголизм: Руководство для врачей*/Под ред. Г.В.Морозова. — М., 1983.
3. *Пакин Ю.* Наркомания и алкоголизм: проблемы и новые возможности лечения. — К., 2000.
4. *Пакин Ю.* Диагностика и лечение наркомании. — К., 2002.
5. *Фром Э.* Автоматический конформизм. — М., 1998.

УДК 159.973; 616.895

К.О. ОСТРОВСЬКА

ТЕРАПІЯ І НАВЧАННЯ АУТИСТИЧНИХ ДІТЕЙ

Рассматриваются вопросы поиска методов терапии и обучения аутистических детей.

Исследуются методики и результаты применения терапии, связанной с выявлением этиологии возникающих расстройств развития и дальнейшим назначением программы лечения и предупреждения нежелательного поведения ребенка.

Reviewed the aspects of autistic children therapy and education.

Investigated the methods and results of using therapy, connected with development disorder's etymology, and further prescription of child's objectionable behavior prevention and treatment.

Дитячий аутизм, який тільки у 1943 р. був виділений Лео Каннером як окрема діагностична категорія, і нині викликає багато суперечок. Хоча все частіше підкреслюється поліетіологічна обумовленість цього одного з найсерйозніших розладів розвитку, але, напевно, суперечки щодо причин хвороби триватимуть ще довго.

Спочатку вона була включена до групи дитячих психозів (в DSM-I в 1952 р. і DSM-II з 1968 р.). В 1980 р. в черговому виданні Американського психіатричного товариства (DSM-III) хворобу віднесли до групи розладів

розвитку. Класифікація ІСД-10 Світової організації здоров'я (WHO) з 1993 р., поряд із дитячим аутизмом, виділяє аутизм атипівий, а також синдром Аспергера.

Аутистичні діти багато років функціонували поза доступними для інших осіб формами психолого-медичної допомоги. Лише у 70-х роках минулого століття, а в нашій країні тільки тепер, розпочато творення відповідної моделі допомоги, пристосованої до специфічних потреб таких осіб.

Зокрема, на теренах Львівської області недавно створено групу взаємодопомоги серед батьків дітей-аутистів «Контакт», до складу якої ввійшли фахівці, а саме психологи, медики. Група здійснює активний пошук методів терапії та навчання аутистичних осіб. І нині ця група взяла за основу для подальшої праці досвід польських товариств, які займаються проблемою аутизму.

Обрані терапевтичні методи

Вибір терапевтичного методу тісно пов'язаний із поглядами на етіологію розладів. У рамках кожної теоретичної орієнтації знаходимо характерну для неї програму лікування і запобігання небажаній поведінці. Підхід до причин виникнення розладів імплікує вид, а також сферу терапевтичних дій. Окремі теорії спираються на різні причини порушеного функціонування осіб, які страждають на аутизм. На жаль, досі не існує жодного методу, який був би ефективним у всіх випадках аутизму, що пов'язано з величезною диференціацією цього розладу.

1. Терапія сенсорних розладів

Ще Бернард Рімланд [1] звернув увагу на те, що симптоми аутизму можуть бути спричинені труднощами у сприйманні сенсорних подразників. Концепція Рімланда дістала підтвердження в дослідженнях Гашімото, Маклелланда та ін. [2-3].

Термін «сенсорна інтеграція» вперше був вжитий у 1902 р Ч. Шерінгтоном. Нове, ширше значення цьому терміну надала Дж. Айерс наприкінці 60-х років минулого століття. За Айерс, сенсорна інтеграція є процесом, в якому відбувається організація (інтеграція) перцептивних даних.

Терапію сенсорних розладів слід трактувати як базисну. Техніки, які застосовують у терапії сенсорних розладів, найефективніше застосовувати стосовно окремих сфер відчуттів. Найважливішою спільною рисою цих технік, їх завданням є вироблення в дитини толерантності на зовнішні подразники і контролювання їх терапевтом, а не самою дитиною [4].

Терапія повинна стосуватись, передусім, тих сфер, в яких у конкретної дитини є стереотипи. Згідно з головними засадами сенсорної інтеграції, особа, з якою проводиться терапія, мусить бути активною, тобто сама вибирати те, що для неї є приємним, що вона потребує.

Зазначимо, що сенсорна інтеграція концентрується здебільшого на причинах, в той час, коли досягнення адаптаційної поведінки не є її головною метою. Встановлення причин аутизму тільки в категоріях сенсорних розладів є однобічним вирішенням проблеми.

2. Недирективні форми терапії

Метою цих форм терапії є зниження рівня страху в аутистичних осіб за допомогою пристосування до довкілля, а також навчання поведінки, необхідної для адаптації в суспільстві; основний наголос в них робиться на налагодженні контакту через наслідування і спільну активність.

До цієї групи терапії належить, зокрема, ігрова, розроблена Вірджинією Екслейн, в основі якої є створення теплих, приятельських взаємин між терапевтом і дитиною. Засади недирективної ігрової терапії спираються на концепцію недирективної терапії Карла Роджерса. При застосуванні її дитина в атмосфері цілковитого прийняття має можливість повного вираження своїх почуттів і керує процесом зустрічі. Проте, водночас, важливими є такі обмеження, як заборона нищення речей або атака інших осіб.

Недирективна терапія включає також елементи арттерапії (малювання, ліпка, колаж), ігри з водою та іншими рідкими або тягучими речовинами.

3. TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children)

Програма терапії і навчання аутистичних дітей, а також дітей із розладами у спілкуванні, створена Еріком Шоплером, містить програми втручання, індивідуально розроблені для кожної аутистичної особи [5]. Основною її метою є створення системи опіки, реабілітації та поліпшення адаптаційних можливостей для аутистичних осіб. У програмі TEACCH головний акцент робиться на творенні взаємозв'язку між батьками і дітьми, з одного боку, та батьками і терапевтами, з іншого. Дослідження Шоплера показали, що аутистичні діти краще функціонують в умовах упорядкування часу і простору.

Навчальна програма має встановлену ієрархію завдань. Тематика їх широкіша, передбачає вироблення у дітей навичок наслідування, порозуміння з іншими особами, розвиток перцептивних функцій, координації, невербального мислення, а також здатності до контролю власної поведінки.

Найважливішим і першочерговим завданням програми є виправлення тих порушень поведінки, які загрожують життю і здоров'ю дитини. Вирішення цього завдання досягається завдяки зміні поведінки дитини або умов її середовища. Форма терапевтичного втручання залежить від рівня розвитку дитини. Наступним кроком є поліпшення функціонування дитини в сім'ї. Надалі можна зайнятися програмою спеціального навчання, метою якої є вироблення в дитини вміння дати собі раду в ситуаціях повсякденного життя з тим, щоб стати якомога більше незалежною від сторонньої допомоги.

4. Терапія родин

У терапевтичній програмі аутистичної дитини та її сім'ї головний наголос робиться на з'ясуванні батьками причин поведінки дитини та підготовці батьків до терапевтичної праці зі своєю дитиною. Дуже важливим є також з'ясування форм спілкування всередині сім'ї, особлива увага приділяється фізичному контакту. Метою цього методу є як заохочення батьків до виконання ними своїх батьківських ролей, так і їхня емоційна підтримка, зменшення рівня їхнього страху перед майбутнім дитини, подолання соціальної ізоляції

таких сімей. До найважливіших завдань, які необхідно вирішувати за допомогою цього методу, належать призвичаєння батьків до важкої поведінки дитини, подолання труднощів у порозумінні з дитиною. У програмі підтримки сімей робиться акцент на зміні ієрархії цінностей [6].

Підготовкою батьків до правильного розуміння і виконання своїх батьківських ролей є їхня участь у терапевтичній дії. Така участь здійснює терапевтичний вплив і на самих батьків, дає змогу їм підвищити свою самооцінку, повернути собі почуття батьківської компетенції, контролю над ситуацією, вчить їх реалістично дивитися на свою дитину і на можливості її розвитку. Праця з дитиною полегшує батькам розуміння її поведінки, завдяки чому полегшується контакт з дитиною і зменшуються страх, депресія. Часто така праця є також нагодою для подолання ізоляції завдяки контактам з батьками інших неповносправних осіб.

5. Модифікована форма методу доброго старту

Метод доброго старту (МДС) є одним із методів психомоторної терапії, яка спирається на концепцію Дюпре про єдність моторики і психіки. Головною метою МДС є вдосконалення та гармонізація взаємодії моторики і психіки через корекцію і компенсацію порушених функцій. Завдяки цій методиці вдосконалюються слухові, зорові, дотиково-кінестетично-рухові функції, а також зростає їх інтеграція [7]. Важливо також пристосувати модифікацію МДС до потреб дітей — розумово неповносправних і аутистичних [8].

6. Метод розвивального руху

Цей метод був опрацьований фізіотерапевтом Веронікою Шернборн [9]. Основною засадою методу розвивального руху є використання руху для психічного розвитку дитини і в терапії розладів розвитку. Завдання цього методу:

- 1) розвиток усвідомлення власного тіла і рухового вдосконалення;
- 2) усвідомлення простору і дії в ньому;
- 3) допуск до власного простору інших людей і налагодження з ними близького контакту.

Висновки

Неодностайність у визначенні можливих причин аутизму обумовлює відсутність єдиного підходу до терапії аутистичних осіб. Проте, незалежно від причин, поведінка аутистів не лишається безслідною для оточення і викликає різноманітні реакції людей. Ці реакції мають великий вплив на аутистичних осіб і відіграють важливу роль у формуванні їхньої поведінки. Найчастіше поведінкові реакції неповносправних осіб є відповіддю на те, як їх трактує оточення. Це, як правило, специфічна, «дивакувата» форма спілкування, яка виникає через невміння нормально порозумітися, причиною чого є аутизм. Розуміння цієї поведінки — ключ до її зміни, а також до ефективності терапії аутистичних осіб.

ЛІТЕРАТУРА

1. Rimland, B. (1964). Infantile autism. New York: Appleton-Century-Croft.
2. Hashimoto, T. (1995). Badання japonskie potwierdzaja, odkrycia w mozdku. Buletyn Stowarzyszenia Pomocy Osobom Autystycznym w Gdansk, 21, S.4 za: Journal of Autism and Developmental Disorders (1995), 25,1.
3. Mc.Clelland, R.J., Eure D.G. (1992). Central conduction time in childhood autism. British Journal of Psychiatry, 160, 659-663.
4. Delacato, C.H. (1995). Dziwne, neponjete. Autystyczne dziecko. Warszawa: Fundacja Synapsys.
5. Schopler, E., Reichler, R.J. i Lansing M. (1995). Techniki nauczania dla rodzicow i profesjonalistow. Gdansk: SPOA.
6. Baron-Cohen S., Bolton, P. (1999). Autyzm: fakty. Krakow: Krajewe Towarzystwo Autyzmu, Odzial w Krakowie.
7. Bogdanowicz M. (1990). Integracja percepcyjno-motoryczna. Metody diagnozy i terapii. Warszawa: COM PW-Z.
8. Bogdanowicz M. (1994). Dostosowanie metody dobrego startu do potrzeb dzieci autystycznych – efektywnosc tej metody. W: W.Dykcik (red.). Autyzm. Kontrowersje i wyzwania. Poznan: Eruditus.
9. Sherbor W. (1990). Ruch rozwijajacy dla dzieci. Warszawa: PWN.

УДК 612.766.1: 053.2
ББК 75.0

**Є.М. ЧИЖИК,
В.В. ЧИЖИК,
кандидат біологічних наук, доцент,
А.М. СІТОВСЬКИЙ,**

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ І ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ХЛОПЧИКІВ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Рассмотрены особенности развития мальчиков с задержкой психического развития (ЗПР). Даны практические рекомендации, направленные на их коррекцию.

Considered peculiarities of physical development and working ability (capacity) of boys with mental retardation. Given practical recommendations on it's [i.e. mental retardation] correction.

Значна інтенсифікація навчального процесу, застосування у педагогічній практиці альтернативних форм навчання і більш ранній початок систематичного

навчання призвели до збільшення кількості дітей, які не справляються зі зростаючим навчальним навантаженням, не здатні без особливих зусиль адаптуватись до нових шкільних умов.

Причиною неуспішності в школі, як правило, вважають недостатні інтелектуальні здібності, затримку розвитку або порушення мотивації. Але дуже часті випадки, коли діти не справляються зі шкільними вимогами, незважаючи на нормальний розумовий розвиток і оптимальні умови довкілля. В англійській літературі така форма нездатності до навчання в школі називається "psychoneurological learning disability" [5].

Т.П. Висковатова [1] вважає, що у виникненні затримки психічного розвитку у дітей провідну роль відіграє конституційно-генетична схильність, хоча суть її ще недостатньо роз'яснена в спеціальній літературі. На користь цього висновку свідчать і результати досліджень автора, які показали, що в аналогічних умовах життя затримка психічного розвитку в одних дітей розвивається, а в інших — не виникає.

Останнім часом все більше уваги приділяється зв'язку між станом здоров'я, працездатності дітей та їхніми успіхами в навчанні. Комплексних досліджень фізичної працездатності, фізичного розвитку і стану функціональних систем дітей з затримкою психічного розвитку, як інтегрального показника їх адаптабельності, в доступній нам літературі немає. Між тим знання закономірностей розвитку даного контингенту вимагає першочергової уваги. Актуальність проблеми зумовила вибір теми дослідження.

Мета дослідження — вивчити особливості фізичного розвитку та працездатності підлітків із затримкою психічного розвитку (ЗПР).

Методи й організація дослідження. Антропометричне обстеження проводилось за стандартними методиками. Аеробні можливості організму вивчали за тестом PWC 170 методом трьохмоментної проби на велоергометрі з наступною екстраполяцією показника за рекомендацією Єврофіт.

У дослідженнях брали участь 1368 хлопчиків у віці 10-17 років (учні шкіл м. Луцька Волинської області), які не займались спортом. До експериментальної групи ввійшли 297 хлопчиків, що навчались у школі для дітей із затримкою психічного розвитку, а до контрольної групи — 1071 хлопчик із загальноосвітніх шкіл. Роботу виконано у межах держбюджетної тематики "Розвиток моторики та її вегетативного забезпечення в онтогенезі дітей і підлітків, залежно від темпів біологічного дозрівання та рівня рухової активності" (номер держреєстрації: 0100U000238).

Результати досліджень та їх обговорення. Антропометричні показники широко використовуються для контролю за станом здоров'я. При цьому виходять з того, що конституційні характеристики тіла є зовнішнім відображенням функціональних взаємовідношень систем організму [2].

За результатами преведених досліджень (табл.1) встановлено, що середній зріст хлопчиків із затримкою психічного розвитку (ЗПР) дещо менший, ніж у контрольній групі. Причому, в 10, 11, 12, 14, 15 та 17 років ці відмінності достовірні ($p < 0,05$), а в 13 та 16 років статистично значимої різниці в показ-