

АУТИСТИЧНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЕЦАТА

Милена Моцинова-Бръчкова

Проблемът за детския аутизъм придобива все по-голяма актуалност през последните години. Все още обаче няма единни схващания за неговата същност, причини, етиопатогенеза и прояви. Това се отразява негативно върху възможностите за навременна диагностика, разработване и прилагане на адекватни методи за работа с аутистични деца.

1. Определение

С термина **аутизъм** (от гр. autos – сам) най-общо се означава синдром, характеризиращ се с откъсване от външния свят, липса на интерес към реалността и самоизолация, неспособност за осъществяване на нормална човешка връзка с хората. Появата му се отнася към първите три години от живота. При някои деца симптоми на откъснатост и затвореност се забелязват още след раждането; при други до 1,6 – 2-годишна възраст се наблюдава нормално развитие, след което се проявяват типични симптоми.

2. Класификация

В началото аутизмът е разглеждан като начало на шизофрения и появата му е отнасяна към по-късна възраст.

Де Санктис (De Sanctis) пръв говори за “деменция прекокс”, но по това време авторитетът на Крепелин е много голям, а той твърди, че психозите възникват след пубертета. Едва Мелани Клайн (M. Klein) започва да говори за детски психози.

Австрийският психиатър **Лео Канер** (L. Kanner, 1943) за пръв път описва т.нар. синдром на Канер или **ранен детски аутизъм** като отделна нозологична единица. На основата на наблюденията си на 11 случая и дневниците на родителите той достига до извода, че аутизмът може да започне още от раждането и описва следните характерни особености на аутистичните деца:

- Децата не заемат поза за вдигане (повдигане на главата и протягане на ръце).
- Няма т.нар. “отразена усмивка” на лицето на майката след втория месец.
- Липсва реакция на оживление.

- Към шестия месец, когато майката вземе детето на ръце, то се приспособява към тялото ѝ. При тези деца това не се наблюдава – те стоят прави.

- Детето не гледа очи в очи.

- Към осмия месец липсва т.нар. “сепарационен страх” или страх от раздяла с майката и плачът, с който то я вика. Липсва и страхът от непознати, който Шпиц (R. Spitz, 1945) описва като характерен за този период.

- Проходжането не закъснява много (до 17–18 месец), но страхът от ходенето е по-голям. Тези деца по-скоро ходят на пръсти.

- Речта им прави крайно странно впечатление. Към 1,6 – 2 години често детето казва по някоя дума, което временно успокоява родителите. Но думите, които знае, то не използва за комуникация. Понякога тези думи са странно сложни. Към 2,6 – 3 години във възрастта на въпросите вместо да задава въпроси, детето повтаря със същата интонация зададения му въпрос. Не изваждат думата от контекста, в който за пръв път са я чули (механичен, “клиширан” говор). По-лесно казват “не”. **Трамер** (M. Tramer) описва отдалечената ехолалия – случка, станала отдавна, се разказва точно без всякаква връзка с контекста.

- Неспособност за различаване на одушевени и неодушевени предмети. Канер описва случка с едно от наблюдаваните от него деца, което на плажа тича към морето без изобщо да забелязва на какво стъпва – предмети или хора.

В противоположност на лошия емоционално-социален контакт с хората те показват относително добри реакции с предметите, но не се интересуват от тях като такива и от тяхното предназначение, а ги използват като източник на тактилни и вибрационни усещания. Игрите им също са специфични – разглеждат ръцете си, играят със странни предмети (капачки, връвчици).

Защитават се от всичко, което е живо и носи елементи на хуманност. Проявяват стремеж към неизменност, който води до ритуализация на поведението.

Независимо от Канер приблизително по същото време **Аспергер** (Asperger, 1944) наблюдава подобна група деца и описва своите наблюдения. Интересно е, че и той използва същия термин “аутизъм” в описанието на социалната изолираност, проявена от тях. Аспергер също наблюдава характеристики като лош зрителен контакт, стереотипни думи и движения, съпротива към промени. В положителен план той

отбелязва, че неговите наблюдавани лица понякога проявяват изолиран интерес към определен обект или явление и също така, че притежават привлекателна външност.

В тези ранни наблюдения и изследвания на двамата учени са налице някои съществени различия. Първото засяга езика – изследваните от Канер лица почти нямат развит говорим език, докато тези на Аспергер говорят свободно.

Канер описва тромавост в общата при незасегнатата фина моторика, докато Аспергер твърди, че както общата, така и фината моторика са засегнати.

Във връзка със социалната осъзнатост Канер счита, че лицата с аутизъм имат отлично отношение към предметите, но не и към хората, докато Аспергер намира отклонения и в двете.

В заключение Канер вярва, че лицата с аутизъм могат да учат по пътя на механичното запомняне, докато Аспергер добавя, че “когато у тях е налице спонтанно изявяване, те се отличават и като абстрактни мислители”.

Като цяло групата деца, които Аспергер описва, е сякаш по-леко засегната от тази на Канер. И днес лица с подобни характеристики се описват като страдащи от Синдром на Аспергер (*Asperger syndrome*). Тези, при които основните характеристики са проявени в силна степен, често се описват като лица с “Канеров” или класически аутизъм.

Днес въпросът за класифицирането на аутизма все още не е напълно разрешен.

В американската психологическа литература аутизмът се причислява към “широкообхватни нарушения на развитието” (*Pervasive Developmental Disorders*). Говори се и за “мек” вариант на аутизъм – синдром на *Asperger* или *PDD-NOS* (*Pervasive Developmental Disorder - Not Otherwise Specified*). Освен това се срещат и наименованията *Rett syndrome*, *Childhood Disintegrative Disorder*.

В английската литература и практика най-широко се приема терминът “спектър на аутистични нарушения” (*Autistic Spectrum Disorder – ASD*).

Стига се до заключението, че аутизмът е комплексно явление и проявите му варират в различни степени и комбинации при различните лица. Понастоящем при диагнозата на нарушения от аутистичния спектър се използват главно два източника на диагностични критерии: Международната класификация на болестите *ICD-10 World Health Organization* (1992) и *DSM-IV* (*American Psychiatric Association*, 1994).

3. Етиология

В началото се е считало, че появата на аутизъм е свързана с лошо отглеждане от страна на родителите. Още Канер си задава въпроса дали родителите на аутистични деца не са самите те малко по-особени. В началото смята, че те са по-красиви, много възпитани. По-късно се отказва от тази идея, стигайки до извода, че по-интелигентните родители всъщност са били по-наблюдателни.

Днес няма научни доказателства, които да подкрепят идеята за особеността на родителите, нито за влияние на образованието и начина им на живот.

Все още няма единна и ясна теория за произхода на аутизма.

Изследват се различни биологични фактори и фактори на средата.

Autism Society of America (2003) публикува становището си, че “не съществува позната единствена причина за аутизма, но общо се приема, че се причинява от абнормност в структурата и функциите на мозъка”. Широко се приема, че аутизмът е нарушение на неврологичното развитие, т.е. нарушение в развитието на мозъка. Сканиране на мозъка показва разлики във формата и структурата на мозъка при аутистични и неаутистични деца.

Акцентира се върху изследването на генетични фактори – според изследвания на Американската психиатрична асоциация често срещани сред роднините на семействата с аутистично дете са хромозомни отклонения, неврологични проблеми; проблеми в езиковото и когнитивно развитие.

Според проучване на Елизабет Хейт (Е. Hait) от университета в Кливлънд, от аутизъм страдат около 0.2% от децата, но рискът в едно семейство да се роди второ аутистично дете нараства повече от 50 пъти – около 10–20%.

В подкрепа на теорията за влиянието на генетични фактори са и изследванията с близнаци. Около 60% е вероятността и двамата близнаци да са с аутизъм, и около 75% е вероятността неаутистичният близнак да проявява аутистични черти.

В подкрепа на генетичния компонент при аутизма е и фактът, че при 4 до 15% от лицата с аутизъм има установена чуплива X-хромозома, удвояване на дългото рамо на 15 хромозома или нелекувана фе-нилкетонурия (Wassink, 2002).

Националният здравен институт в Англия (2001) съобщава за изследвания, провеждани от Международния консорциум за молекулярни

и генетични изследвания на аутизма, в които се включват учени от Обединеното кралство, САЩ, Франция, Дания, Холандия, Италия и Гърция. В техните изследвания са включени повече от 150 двойки братя и сестри с аутизъм. Изследвани са техните ДНК и са налице убедителни доказателства, че два сегмента от хромозомите 2 и 7 съдържат гени, свързани с аутизма. Нарушението на хромозома 7 се свързва и с много езикови нарушения.

Отнесени към аутизма гени са изолирани и на 16 и 17 хромозоми, въпреки че корелацията при последните е по-слаба (NIH Releases Autism Report, 2001).

Според различните източници аутизмът се среща 3-4 до 5 пъти по-често при момчетата, отколкото при момичетата.

Неврохимията открива допълнителна глава в изследванията на причинните фактори. Най-известни са резултатите, свързани с повишеното равнище на серотонин в кръвта на аутистични лица.

М. Vauman от Харвардския университет по медицина (по Nash, 2002) намира ясно изразена абнормност в лимбичната система (където е разположен емоционалният център на мозъка) и хипокампуса (отговорен за паметовите функции). Освен това тя наблюдава отклонения в кората на главния мозък и клетките на Purkinje, които се считат за изключително важни за интегрирането на информация.

Nelson (2001) съобщава за резултати от изследвания, които подкрепят становището за връзка на аутизма с нарушено развитие на мозъка, имунната система и гастроентериалния тракт. Хората с аутизъм често страдат от стомашно-чревни разстройства, болки, диария, запек.

O'Reilly (2001) посочва, че са налице достатъчно аргументирани доказателства за наличието на повишено ниво на пептиди от глютен и казеин в урината на хора с аутизъм.

На основата на биохимични изследвания се формира теорията за "аутизъм, причинен от алергии" (Allergy Induced Autism). Според нея поради намалената имунна защита някои химични съставки на храната не могат да се разградят от слабо активната детоксикационна система, каквато е тази при лицата с аутизъм. В резултат на това тези химични елементи се натрупват и оказват влияние на мозъка.

При биохимичните изследвания на аутистични лица се откриват и други характерни находки – загуба на химични елементи и минерали като цинк, магнезий, манган, хром и селений.

През последните години широко се дискутират изследванията за връзката между тройната ваксина MMR (срещу рубеола, заушка и дребна шарка) и

аутизма (Spitzer, Aitken, Del'Aniello & Davis, 2001). Въпросът продължава да е дискуссионен.

Други учени подкрепят идеята за вирусна етиология.

Wakefield (2003) публикува резултати от изследвания на 52 деца с регресивен аутизъм, които показват наличие на вирус и необичайна имунологична реакция при тези деца.

През последните десетина години има данни за многократно увеличаване броя на лицата с нарушения от аутистичния спектър дотам, че започва да се говори за аутистична епидемия. В резултат на това интересът към проблематиката нараства в световен мащаб и все повече се увеличават научните изследвания.

4. Симптоматика

Най-общо се систематизират следните групи симптоми:

4.1. Сензорни индикации

- Много силна или намалена чувствителност към светлина, шум, докосване, миризми, вкус.

Често децата покриват ушите си с длани, за да изолират шумовете или пък обратно – тотално игнорират силен шум, като същевременно много бързо реагират дори при тихо нашепване на информация, от която детето се интересува.

Често се фиксират върху източници на зрителни възприятия като светлини, цветове, променящи се светлинни и цветови щампи, движещи се обекти и др.

Често поставят всичко в устата си.

- Показват намалена чувствителност към болка или обратно – реагират силно на болка без привидно наличен източник на такава – при рязане на нокти, коси, леко докосване на определена част на тялото.

- Непоносимост към физически контакт.
- Некоординираност на движенията, тремавост, свързана с особеностите на възприятията за собственото тяло и за околната действителност.

4.2. Особенности на социалните връзки:

- Липса или много слаб отговор при социални взаимодействия.

Една от важните особености на хората с аутизъм е отбягването на зрителен контакт. Възможно е обаче да се наблюдава и обратното – продължителен втренчен поглед очи в очи. Понякога използват серии от чести погледи; гледат не директно, а покрай обекта на внимание. Предпочитат да използват

периферното пред централното зрение и затова често забелязват незначителни подробности, а не цялостната картина.

● Липса на емпатия – трудно или почти не разбират чувствата на хората. Като цяло е характерно използването на хората около тях като неодушевени предмети. Често срещано при децата с аутизъм е да използват ръката на възрастния за достигане на желан обект. Това не е комуникативен жест – ръката на възрастния се използва като инструмент.

- Изключителна самотност и самоизолация.

4.3. Особенности на поведението:

● Стереотипни движения – характерни повторяеми движения на пръстите, ръцете, походката (много често на пръсти), монотонно клатене.

● Ритуализация на поведението. Характерен е стремежът към неизменност – всяка промяна провокира огромно безпокойство и напрежение.

● Самостимулация и свръхценни увлечения – отварят и затварят вратата, светват и угасят лампите и т.н.

Под самостимулация се разбира всяко повтарящо се стереотипно поведение, което не изглежда да има някаква друга функция, освен сензорно задоволяване. Само по себе си поведението е задоволяващо и много трудно детето може да бъде откъснато от него.

● Прояви на агресия и самоагресия. Разрушителното поведение може да се проявява в най-различни конкретни форми и разнообразен контекст – плач; крещене; самонараняване (удряне на главата в твърда повърхност, хапане на ръце и крака, драскане, дърпане на собствените си коси, задушаване чрез натъпкване на предмети в устата); агресивност към предмети и хора.

- Хиперактивност или обратно – изключителна пасивност.
- Нарушения на съня, храненето и отделителните функции.

Възможни са прояви на неспокоен сън до почти напълно будуване. Постоянно ядене на една и съща храна или само на определен тесен кръг храни, често избирани по външен вид и консистенция.

Често децата с аутизъм закъсняват или много трудно усвояват контрол над отделителните функции.

4.4. Особенности на речта

Като цяло аутистичните деца показват закъсняло езиково развитие, макар че то се наблюдава и при много други нарушения и не може да се каже, че е специфично за аутизма. Дори когато при тях е налице развита реч, тя не се използва за комуникация. Децата срещат затруднения не само при разбирането

на говоримия език, но и на другите комуникативни сигнали като жестове, мимика, език на тялото (Dunn, M., Gomes, H., Sebastian, M. J., 1996).

Речта на аутистичните деца се характеризира с ехолалия – детето повтаря изреченията както ги е чуло, без да ги приложи към себе си. Поради това често аутистичните деца говорят за себе си в трето лице, единствено число; обръщат местоименията аз-ти, той-тя и когато се използват в глаголни (падежни) форми – например “приготвяш му /й/ ми/ си закуска”.

Типични са персеверации; използване на неологизми; невъзможност за използване на думите в различен контекст.

Характерна е особената интонация – равна и монотонна или с неочаквани промени във височината на тона.

4.5. Особенности на играта:

- Аутистичните деца предпочитат да играят сами. Изолират се и се занимават с манипулиране на предмети или игра с пръсти, ръце, въртене в кръг, въртене на предмети, фиксиране върху свойството на някакъв предмет, почукване на повърхности.

- Предпочитат игри със странни предмети – често се привързват силно към предмети, които предлагат силна сензорна стимулация – например топка в ярък цвят, лъскава торбичка и т.н. Силната натраплива привързаност към течаща вода, височина, определени места, прозорци, въртящи се столове са примери за многобройните индивидуални предпочитания, които децата с аутизъм развиват.

- Аутистичните деца не могат да играят символични игри (игрите “на ужким”). Препочитани игри са пъзели, карти, като аутистичните деца спазват един и същ ред на подреждането им.

4.6. Специфични способности

Аутизмът се възприема като континуум, в който наред с тежки отклонения в развитието могат да се наблюдават и изключителни способности: художествени, поетични, математически, музикални; много добра механична памет за определени несвързани предмети, събития или явления.

5. Методи за диагностика.

5.1. Медицинската диагностика включва: генетични тестове, изследване на метаболизма, електроенцефалография (EEG), компютърна томография (CAT SCAN), ядреномагнитен резонанс (MRI).

5.2. Психологическа диагностика

Поведенческият подход включва оценка на емоционалното, социалното, комуникативното и когнитивно развитие на детето чрез наблюдение, използване на игрови ситуации, разговор с родителите, скали за оценка на развитието (Vineland Adaptive Behavior Scales и др.). Разработени са и специфични методики за диагностициране на аутизъм като Checklist for Autism in Toddlers (CHAT), Childhood Autism Rating Scale (CARS); Autism Screening Questionnaire; Gilliam Autism Rating Scale; Pervasive Developmental Disorders Screening Test-Stage 3 и др.

Използват се и тестове за оценка на интелигентността, макар че при аутистичните деца те често не могат да разкрият истинските им способности и уникалния им, изключително индивидуален потенциал за развитие.

При психоаналитичния подход се използва описание и коментиране на отделни случаи.

6. Психотерапия при децата с аутистични нарушения.

Съществуват многобройни подходи за терапия на децата с аутистични нарушения.

Две основни направления:

- Поведенческа терапия
- Психоаналитична психотерапия

6.1. **Поведенческата терапия** предлага коригиране на поведението, подобряване на социалните умения и комуникацията.

Терапията на аутистични деца чрез индивидуални програми за поведенческа модификация (Behavior Modification) има особена популярност в Америка, където е официално препоръчваният подход за въздействие. Същността на програмите се състои в поощряване на желаното поведение и редуциране или елиминиране на нежелани поведения (Lovaas, 1987).

Разработват се програми за ранна интервенция като своевременното начало на работата зависи от времето на поставяне на диагнозата, но се препоръчва обучението да започне до 42-я месец от живота на детето. Обучението е индивидуално и изключително интензивно. Работи се от екип терапевти за развитие на езикови умения, игра, академични и интелектуални способности, емоции и интереси, почивка, самообслужване и полезни умения, социални контакти, общуване и създаване на приятелски кръг. Програмите се провеждат в естествената среда на детето – дома и семейството. Членовете

на семейството се обучават да използват поведенчески методи за общуване с детето така, че терапевтичното въздействие да е непрекъснато.

Терапията използва три основни стратегии:

1. **Организация на средата** – коригират се елементите на околната среда (шум, брой на хората и т.н.). Стриктно се спазва дневният режим, за да може детето да се ориентира и да предвижда събитията в тяхната последователност и продължителност. При всяка дейност детето се подготвя предварително, като му се разяснява какво предстои да му се случи. Дейностите, които му се предлагат да са достъпни за него, детето да обича това, което прави. Например при дете, което се клати терапевтът отива в момент, когато то не се клати и му предлага дейност, която харесва на детето – в началото дори само за няколко секунди като постепенно това време се удължава. Детето да има възможност за избор и самостоятелност. Да има предмети, които принадлежат само на него и съставляват неговата идентичност.

2. **Позитивно програмиране** на това, което трябва да научи – има за цел детето да усвои по-ефикасни и достъпни начини да изразява своите нужди. Например, за да откаже трудна задача без да е агресивно, детето се приучава да покаже картинка или да направи някакъв знак.

3. **Въздействие върху самото поведение**

Научаване на ново поведение става чрез подражание, моделиране и последователно приучаване към поредица от действия.

При *подражанието* първо трябва да се привлече вниманието на детето върху модела на поведение, който се усвоява (жест, мимика). Детето се подканва да повтаря, като в началото му се дава максимална помощ, за да успее и после бива възнаградено.

Моделирането се използва за научаване на по-сложен вид поведение.

Предварително се дефинира какво се очаква детето да научи и се определят отделните етапи според степента им на трудност. Терапевтът максимално подпомага преминаване от един етап към друг.

Например за приобщаване към занимания в група се следват определени стъпки: първо детето само гледа другите, след това привиква физически да се намира близо до тях. По-нататък се работи върху това детето да стои в групата и да се съгласява да седи до другите деца; да приеме това, което другите правят (например да пее с тях) докато се стигне до момент, когато детето става активно в рамките на групата – например да се представи или да поздрави с “Добър ден!”

При *последователно приучаване към поредица от действия* се подхожда по модела на научаването за придобиване на навик. Предварително се определя всяко отделно действие. Детето се оставя да го извърши само докдето може и му се помага да го довърши. Дават му се точни инструкции и се работи по това то да разбере кога, къде и при какъв случай трябва да извършва тази процедура самостоятелно.

Детето се подпомагат чрез словесно ръководство, макар че то не е ефективен начин при аутистични нарушения. Друг начин на подпомагане е терапевтът да извършва действието заедно с детето. Използва се и визуално подпомагане чрез показване на съответни изображения, на това, което детето трябва да извърши – например отделните етапи на действието се подреждат в картинен албум.

Използват се и подкрепления – награди, похвали, лакомства, любими игри и действия. Детето не получава внимание, когато се държи по неприемлив начин, отказват му се възнаграждения.

Поощрява се развитието на общуването като се върви от жестове, показване на самите предмети, картинки или снимки, знаци, до използване на думи, свързване на две думи в изречение, прости и сложни изречения. За стимулиране на вниманието и желанието за общуване около детето се поставят различни предмети, които да не са в обсега му, за да може то да ги поиска. Изчаква се да даде най-добрия отговор, на който е способно и тогава му се дава това, което е поискало. Или например, когато се храни му се сипва по малко, за да може то да си поиска още.

Независимо от изследванията, които показват значителен напредък у много деца с аутизъм, участвали в поведенческа програма за ранна интервенция (Lovaas, 1987), налице са и критики към подходите от този тип. Най-често срещаните критики се отнасят до това, че се пренебрегва личността на детето и то се свежда до набор от описуеми поведения, върху които може да се въздейства. Критикува се изолираността и изкуствеността в самото обучение по отношение на разбития на достъпни части материал.

Слабост на поведенческите подходи е и трудно осъществяването на практика обобщение на знанията и уменията – едно и също умение се прилага от децата само в една конкретна заучена ситуация, но не и в друга подобна, която го изисква.

2. Психоаналитичен подход

Оригинална концепция за аутизма предлага френският психоаналитик **Жак Лакан** (J. Lacan). Той тръгва от идеята, че детето се ражда в свят на символичното, на езика. Майката или грижещите се за детето представляват **обкръжение** за детето **чрез говора**, защото всичко, което се върши, се обяснява речево. Обкръжението се разделя в символична система на противопоставяне: присъствие – отсъствие, ден – нощ и т.н. Лакан нарича тази система на противопоставяне **Другият**. Майката чрез говора дава **обещание**, че детето ще се вмести в тази система. Детето вярва на това обещание, но в същото време и греша, защото в света съществуват и други системи. Освен тези противопоставяния майката представя и различни обекти: първият обект е гласът, вторият – погледът, третият – гърдата (биберонът или всички начини за хранене и всичко, което минава през устата), четвъртият – отделителните функции. Детето смята, че тези обекти са негови и му принадлежат. От тях то извлича удоволствие. Детето иска да постави тези обекти и своите емоции в обкръжението си. Когато Другият обаче не вмести тези обекти се получава нарушение на обещанието – появява се раздялата (например при отбиването от кърмене). Този момент е искане за промяна от страна на майката. Детето изпада в леко депресивно състояние, но след това се увлича от ново обещание. Така то успешно излиза от раздялата. Има деца, които преживяват катастрофално всяка раздяла, всяко “счупване” на обещанието – това са психотичните и аутистични деца, които обикновено си конструират някакъв много странен Друг.

Прекарват времето си да се защитават от човешкото влияние чрез различни защитни процеси – стереотипни движения, отказ от контакт (чрез поглед, жест, тяло, език), свръхценни увлечения – светват и угасят лампите, отварят и затварят вратата; не могат да преминат сами през прага или изработват сложни ритуали, които да им помогнат да го направят.

Според френският психоаналитик **Даниел Роа** (D. Roy) вратата въвежда в света една основна пулсация – динамиката вътре-вън, разграничаване между две състояния – S1 и S2, между които има момент на преход, на прекрочване. Пресичането на прага е символичен акт, който създава разликата между вътре и вън. В този момент още от зората на човечеството е вписан момент на прекъсване, промяна, разлика. Прекрочването на прага е абсолютен риск във всички култури и съществуват различни ритуали, свързани с прага.

Именно аутистичното дете показва важността на прага. За него от другата страна на прага е пропаст – пропастта на неразличието. На прага се срещат неразличимостта и човешкият свят на разлики. Вратата служи за усвояването на това, какво представлява разликата. За аутистичното дете тази разлика не се вписва в Символичното и затова е непоносима. Когато се изправи пред такава разлика в света, това го връща в Реалното – преживява разликата като истинска дупка, рана. Най-краен пример за това са самонараняванията, когато децата правят дупки в тялото си.

Много от поведенията на аутистичните деца са свързани с тази матрица на невъзможност за преминаване от ситуация “преди” към ситуация “след”, на непонасяне на различието. Затова аутистичното дете се стреми да анулира присъствието, заявката на Другия – в моменти, когато някой се грижи за него изглежда така, сякаш не го вижда и не го чува; когато никой не го закача то гледа, слуша, говори си – защото присъствието въвежда в света разликата, а тя е непоносима за аутистичното дете.

Аутистичното пространство е пространство за защита, която подтиква субекта да се справя със всяка разлика посредством класификации и конструиране. **Ерик Лоран**, белгийски психиатър от институцията за аутистични деца “Антенa 110”, говори за тази дейност по конструиране, която прави аутистичният субект. Конструирайки някакъв обект извън своето тяло, аутистичният субект достига до метонимизация. Според Фройд в несъзнаваното съществуват два начина за справяне с наслаждението в повече – изместване и кондензиране. Лакан съотнася метонимията към кондензирането – тя позволява нещо от влечението на субекта да бъде изразено, така че той да поеме отговорност за него. С конструирането на обект аутистичното дете дава метонимичен знак за своето съществуване на Другия, който се грижи за него.

Това, което трябва да се лекува при аутистичните деца, е връзката им с Другия, т.е. подобряване на социализацията, но преосмислена като връзка с езика. Първото означаващо, което идентифицира субекта и му позволява да влезе в един дискурс, това е езикът. Аутистичните деца говорят като вземат готови фрази – чрез тях говори един Друг и това е всъщност тяхната връзка с Другия.

Тъй като психоаналитикът е на мястото на заявката, това изисква особена предпазливост и ненаатрапчиво присъствие. За аутистичното дете присъствието “в повече” на Другия го превръща в заплашителен и заповядващ Друг, който иска да го унищожи. Затова не бива да се търси педагогически, терапевтичен или друг закон, който да му се налага. Важно е детето да бъде посрещнато с

неговите симптоми и изобретения (това, което то измисля, изправено пред празнотата, дупката), да бъде съпроводено в работата му. Отправна точка за работа е **срещата** между детето и терапевта.

Симптомът се превръща в централен момент на връзката между детето и терапевта. Не е необходимо на всяка цена терапевтът да се стреми да премахне симптома, защото той е начин за детето да представи своите затруднения.

Когато аутистичното дете работи само с един възрастен, то би могло да има желание да стане едно цяло с него, дори възрастният може да го въвлече в своя фантазъм (например, че иска да го лекува). Това би могло да бъде опасно, защото може да доведе до възвръщане на наслаждението в тялото на детето, от което то не може да се раздели. За да се раздели, ще трябва да бъде агресивно към възрастния или други деца. Затова е необходимо **посредничество**. В психоаналитично ориентираната терапия с деца аутисти се предлагат т.нар. ателиета – на група от 4–5 деца се предлагат различни дейности – игри, рисуване, музика, конструиране, които именно представляват посредничеството. Чрез него между детето и терапевта се въвежда обект, който не е на никой от тях и в който и двамата биха могли да инвестират. В продукцията по време на ателието се извършва реактуализация точно на тези обекти, които създават трудност за детето.

Например много сложно е аутистичните деца да бъдат накарани да оставят следа – дори една черта върху лист може за самото дете да представлява тялото му или част от него. Важно е дори едната оставена следа да бъде прибрана и надписана, за да се проследят следите, които то оставя и които го конструират.

Ателиетата се провеждат винаги в един и същ ден и час, имат ритуал за начало и край и някои основни правила.

Важно е да има други деца в ателието, защото всяко от тях трябва да намери своето място по отношение на терапевта, което им помага да влязат в съперничество, а то е важен момент за идентификацията. Отново се работи върху социалната връзка – да се научи детето да споделя присъствието на терапевта с някой друг. Това посредничество заема мястото на посредничеството, което не се е състояло в семейството – споделянето на фамиленото име, което Лакан нарича “Името на бащата”. Така в ателието може да се работи върху комплекса на натрапника.

Предлагайки присъствието и отсъствието, си терапевтът изгражда място за среща, но и място за раздяла и така подпомага проявата на особените,

специфични за детето страдания. Условието за работа, които психоаналитикът изгражда са начините, по които детето ще може да си послужи с присъствието и отсъствието, с погледа към него, с думите. Това не е клиника на наблюдението, а клиника под трансфер – клиника на споделения жизнен опит, на недоразумението, защото никой от двамата не знае предварително какво влага в тази връзка, каква черта от Другия детето ще вземе, за да се конструира като субект.

През последните години популярност придобиват и други терапии: арт-терапия, музикотерапия, терапия чрез танци, трениране в слухова интеграция, остеотерапия, Ирлен лещи, терапия с делфини и много други.

Заклучение

Поради специфичността на потребностите си в емоционален, поведенчески и социален план, независимо от равнището на интелектуалното си развитие, децата с нарушения от аутистичния спектър представляват значително предизвикателство.

Проблематиката на децата с аутистични нарушения у нас все още е приоритет на медицината. В България няма цялостно и системно изследване на аутизма у децата, макар напоследък да се наблюдава засилен интерес сред специалисти от различни области – психология, специална педагогика, социални дейности.

Обществеността е слабо запозната със затрудненията и способностите им, затова и ресурсите за тяхното приобщаване и приемане все още са слабо развити. През последните години се създават родителски дружества и организации за популяризиране на проблемите на децата с аутизъм и защита на техните интереси.

Необходими са системни научни изследвания най-вече в психологически и педагогически план, което ще подпомогне увеличаването на възможностите за популяризиране на проблематиката, правилно ранно диагностициране, терапия и адекватно подпомагане на децата с аутизъм и техните семейства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Симптомът – психоаналитичен семинар на фройдишко поле (Champ Freudien) в България 1999/ 2000. С., 2001.
2. *Роа, Д.* Конструкциите при детето. – В: Логиката на езковия изказ и психоаналитичната клиника, Колоквиум “Жак Лакан”. С., 2001.

3. *Цокова, Д.* Аутизъм. Въведение в теорията и практиката на нарушенията от аутистичния спектър. С., 2004.
4. American Academy of Pediatrics. The classification of child and adolescent mental diagnoses in primary care (DSM-PC), 1996.
5. American Academy of Pediatrics. Managed care and children with special health care needs: A subject review. *Pediatrics*, 102, 1998, 657–660.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.), 1994.
7. *Asperger, H.* Autistic Psychopathy in Childhood, in U. Frith (ed.) 1991 *Autism and Asperger Syndrom*. Cambridge University Press, 1994.
8. Autism Society of America, 2003.
9. *Baron-Cohen, S., Baldwin, Dare A., Crowson, M.* Do Children with Autism Use the Speaker's Direction of Gaze Strategy to Crack the Code of Language? *Child Development*, Vol. 68, № 1, 1977.
10. *Beyer, J. & Gammeltoft, L.* *Autism & Play*, Jessica Kingsley Publishers, 2000.
11. *Dunn, M., Gomes, H., Sebastian, M. J.* Prototypicality of Responses of Autistic, Language Disordered and Normal Children in a Word Fluency Task, *Child Neuropsychology*, Vol. 2, № 2, 1996.
12. *Gepner, B., de Gelder, B., de Schonen, S.* *Fase*. Processing in Autistics: Evidence for Generalised Deficit? *Child Neuropsychology*, Vol. 2, № 2, 1996.
13. *Hait, E.* *Autism*. VeriMed Healthcare network, 2002.
14. *Kanner, L.* Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 1943, 217–250.
15. *Lacan, J.* *Ecrits. A Selection*. London, 1977.
16. Lovaas, 1987.
17. *Moor, J.* *Playing, Laughing and Learning with Children on the Autism Spectrum – A Practical Resource of Play Ideas for Parents and Carers*, Jessica Kingsley Publishers, 2003.
18. *Nash, J. M.* *TIME Europe's Newsmagazine*, Vol. 160, (3), 2002, 44–56.
19. *O'Reilly, B.* Gastrointestinal problems in autism spectrum disorders in Approaches to Autism, The National Autistic Society, 2001.
20. *Quill, K. A.* *DO-WATCH-LISTEN-SAY: Social and Communication Intervention for Children with Autism*. Paul H. Brookes Publishing Co, 2000.
21. *Spitzer, W. O., Aitken, K. J. Del'Aniello, S. & Davis, W. M. L.* Adverse Drug Reactions and Toxicological Reviews, 20 (3), 2001.
22. *Wakefield, A. J.* Intestinal Lymphocyte Populations in children with Regressive Autism: Evidence for Extensive Mucosal Immunopathology, *Journal of Clinical Immunology*, Nov. 2003, Vol. 23 (6), 2003, 504–517.
23. *Wassink, J. H.* Genetics in psychiatry: The case of autism. *Currents*, Vol. 3 (2), 2002.

АУТИСТИЧНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЕЦАТА

МИЛЕНА МОЦИНОВА-БРЪЧКОВА

Резюме

Статията е посветена на проблема за аутистичните нарушения при децата. Включва кратък исторически преглед на формирането на понятието “аутизъм”. Представени са по-важните съвременни становища за аутизма относно неговата етиология, симптоматика и методи за диагностика, както и основните съвременни подходи за терапия на децата с аутистични нарушения.

AUTISTIC DISORDERS OF CHILDREN

MILENA MOTZINOVA-BRACHKOVA

Summary

The article is dedicated to the problem of Autistic Spectrum Disorders (ASD). It represents a short historical overview of autism as a developmental disorder. Most influential theories in the area of ASD are discussed – etiology, symptoms, the diagnostic criteria and the main therapeutics approaches applied in ASD.