

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ АУТИЗМА, ЕГО ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ

Серякова О.И.

В данной статье обобщается существующий опыт исследования раннего детского аутизма. Автор рассматривает современные подходы к этой актуальной проблеме, а также вопросы диагностики и коррекции аутизма.

Ключевые слова: аутизм, ранний детский аутизм (синдром Каннера), аутистическое мышление, диагностика, коррекция, преморбид.

Понятие «аутизм» как центральный симптом при тяжелых нарушениях взаимодействия с реальностью у взрослых больных шизофренией было впервые введено Э. Блейлером в 1911 г. и рассматривалось как «уход человека от внешней реальности в мир собственных фантазий» [5, с. 11].

Отдельные профессиональные описания как детей с аутистическими нарушениями психического развития, так и попыток врачебной и педагогической работы с ними стали появляться еще в период к. XIX–н. XX вв. В медицинской литературе того времени можно встретить отдельные описания аутистического поведения детей в связи с врожденными церебральными расстройствами, умственной отсталостью.

В 1943 г. американский клиницист Л. Каннер, обобщив наблюдения 11 случаев, впервые сделал заключение о существовании особого клинического синдрома с типичным нарушением психического развития, назвав его «синдром раннего детского аутизма». Доктор Каннер не только описал сам синдром, но и выделил наиболее характерные черты его клинической картины, такие, как крайнее аутистическое одиночество, задержка или отклонение в развитии речи, эхолалии, отличная механическая память, ограниченный диапазон спонтанной активности, стереотипии, страх перед изменением и незаконченностью, выработка ритуалов, появление странных занятий, интенсивных увлечений и фиксаций, а также патологические отношения с другими людьми, предпочтение общения с неодушевленными предметами. Л. Каннер рассматривал аутизм как психическое расстройство, отражающее неправильное воспитание, отчуждение ребенка «холодной» матерью, охарактеризовав аутистические проявления как защиту по своей природе.

На это исследование в основном опираются и современные критерии этого синдрома, получившего впоследствии второе название – «синдром Каннера». Необходимость идентификации данного синдрома, видимо, настолько назрела, что сходные клинические случаи были описаны австрийским ученым Г. Аспергером в 1944 г. и отечественным исследователем С.С. Мнухиным в 1947 г. [6].

Независимо от Л. Каннера, австрийский педиатр Х. Аспергер описал состояние, названное им аутистической психопатией. Он отмечал необычайно раннее речевое развитие (часто даже раньше ходьбы), своеобразное использование языка, необычное интонирование речи, словотворчество, неспособность создать полноценный визуальный контакт. Указывал на бедность мимики и жестов, моторную неловкость, угловатые движения, стереотипии, несформированность простейших социальных навыков, импульсивность детей, без принятия во внимание требований обстановки. Говоря о природе аутизма, Х. Аспергер указывал на биологический дефект аффективного контакта, а также пришел к выводу, что аутистическая психопатия наследственно обусловлена. В прогностическом плане синдром Аспергера рассматривается как более благополучный «вариант» аутизма по сравнению с синдромом Каннера. Часто синдром Аспергера называют высокофункциональным аутизмом.

Первое описание аутизма как органического (обусловленного органическим поражением ЦНС) состояния было представлено в 1967 г. С.С. Мнухиным с соавторами; описание РДА типа Каннера в 1970–1974 гг. Г.Н. Пивоваровой и В.М. Башиной; РДА в круге постприступной шизофрении в 1975 г. М.Ш. Вроно, В.М. Башиной и др. [5].

На основании изучения характера преморбида у больных ранней детской шизофренией и начальных этапов личностного развития детей с РДА, было выявлено, что наиболее важной особенностью РДА Каннера является особый асинхронный тип задержки развития. Признаки асинхронии развития проявлялись в нарушении иерархии психического, речевого, моторного, эмоционального созревания, нарушении физиологического феномена вытеснения примитивных функций сложными, как это характерно для нормального развития детей, т. е. в синдроме «переслаивания» примитивных функций сложными [1].

В исследованиях 1956 и 1967 гг. Б. Беттельхейм выдвинул теорию «холодной матери» – идеи о том, что детский аутизм – дезадаптивная реакция ребёнка на угрожающее и холодное социальное окружение. Эта же идея ранее встречается у Каннера, он также упоминал о наличии у родителей пациентов стёртых аутистических черт (отчуждённость, трудности в общении), однако у Каннера эти черты выступают как свидетельство генетической, наследственной природы аутизма. Позднее подтверждение получила именно теория генетической обусловленности аутизма, в то время как убедительные данные в пользу психогенной теории так и не были получены. Однако, несмотря на то, что большинство исследователей отрицает психогенную теорию происхождения аутизма, нельзя не учитывать того факта, что члены семей, в которых воспитываются дети с ранним детским аутизмом, обладают рядом выраженных психологических особенностей. Данные сведения наводят на мысль о том, что нормализация семейного функционирования является важным фактором успешной социализации аутичного ребёнка, а неблагоприятная обстановка в семье замедляет и искажает социализацию ребёнка.

Об аутизме как о целостном способе психического существования, отличном от других, говорят т. н. «высокофункциональные», т. е. вполне социализированные аутистические личности, описавшие свое детство, юность и взрослые годы (Т. Grandin). Компенсированные высокофункциональные аутисты, хотя и имеющие иной когнитивный стиль и строящие отношения с окружающим миром иначе, рассказывая о своем опыте, о своих внутренних состояниях и чувствах, способны к критическому отношению к себе, к опыту своего психического существования.

В настоящее время большинство авторов полагают, что аутизм является следствием особой патологии, в основе которой лежит недостаточность центральной нервной системы. Был выдвинут ряд гипотез о характере этой недостаточности, ее возможной локализации, ведутся интенсивные исследования по их проверке, но однозначных ответов пока нет. Известно только, что у аутичных детей признаки

мозговой дисфункции наблюдаются чаще обычного, у них нередко проявляются нарушения биохимического обмена. Недостаточность может быть вызвана широким кругом причин: генетической обусловленностью, хромосомными аномалиями, врожденными обменными нарушениями, патологией беременности и родов, последствиями нейроинфекций, ранним шизофреническим процессом. Таким образом, специалисты (Х. Аспергер, Т. Питерс, С.С. Мнухин, К.С. Лебединская) указывают на полиэтиологию (множественность причин возникновения) синдрома раннего детского аутизма, и его полинозологию (проявление в рамках разных патологий).

Современные международные диагностические системы МКБ-10, DSM-1Y, подчеркивая значимость лежащих в основе РДА биологических нарушений, называют в качестве причин аутизма как самостоятельного расстройства психодинамические и средовые причины, органические и неврологические нарушения, биохимическую патологию и генетический фактор, определяют детский аутизм (синдром Каннера) как первазивное (всепроницающее) расстройство развития, которое клинически обнаруживается как нарушение (отклонение или задержка) в развитии внимания, тестирования реальности и в развитии социального, языкового и двигательного поведения и включает три основных блока диагностических критериев развития и поведения (т. н. «триада Лоры Винг»):

- качественное ухудшение в сфере социального взаимодействия;
- качественное ухудшение в сфере вербальной и невербальной коммуникации и воображения;
- крайне ограниченный репертуар видов активности и интересов.

В качестве важнейших критериев диагностики РДА указываются следующие.

1. Время появления первых симптомов в возрасте не позднее 30 месяцев. В последнее время в этот пункт внесена поправка – время появления первых симптомов до 48 месяцев.
2. Основополагающая недостаточность реакций на окружение.
3. Дефицитарность речевого развития.
4. В случае наличия речи – ее своеобразие, например, отставленные эхолалии, метафорический язык, искаженное использование личных местоимений.
5. Причудливость реакций на окружение: сопротивление изменениям, своеобразное, заинтересованное отношение к отдельным, одушевленным или неодушевленным объектам.
6. Отсутствие бреда и галлюцинаций. Ассоциативная слабость и бессвязность, как при шизофрении. Наиболее отчетливо синдром раннего детского

аутизма проявляется от 2 до 5 лет, хотя отдельные признаки его отмечаются и в более раннем возрасте. После первого года жизни они становятся особенно явными: трудно организовать взаимодействие, привлечь внимание ребенка, заметна задержка речевого развития. Возраст от 3 до 6 лет является наиболее трудным, т. к. этот период максимально отягощен поведенческими проблемами – самоизоляцией, чрезмерной стереотипностью поведения, страхами, агрессией и самоагрессией. Затем аффективные трудности могут постепенно сглаживаться, ребенок может больше тянуться к людям, но на первый план выступают задержка психического развития, дезориентированность, непонимание ситуации, неловкость, негибкость, социальная наивность. С возрастом неприспособленность в быту, несоциализированность становятся все более явными [6].

В настоящее время в России диагноз «аутизм», как правило, официально подтверждается в 3–4 года, однако в последние годы всё больше возрастает интерес к возможностям ранней диагностики аутизма (работы С.С. Морозова, М.М. Либлинг, Е.Р. Баенской и др.). В современной российской диагностике аутистами могут быть дети в возрасте от 3 до 15 лет, после 15 лет диагноз «аутизм» либо снимается, либо заменяется диагнозом «шизофрения». В европейских странах диагноз «аутизм» является пожизненным.

Одним из наиболее важных вопросов в рамках проблемы аутизма является вопрос дифференциальной диагностики аутистических состояний различного происхождения. Важность его определяется, прежде всего, тем, что дети с аутистическими проявлениями обоснованно составляют группу повышенного риска развития шизофрении, а приблизительно у 25 % лиц, страдающих аутизмом, развивается эпилепсия, которая может проявиться в подростковом или юношеском возрасте (A. Bailey, Philips&Rutter, 1996). К тому же исследование детей с синдромом раннего аутизма, проведенное L. Wing, показало, что у 55–60 % из них обнаруживается глубокая умственная отсталость, у 15–20 % – легкая интеллектуальная недостаточность, а 15–20 % имеют нормальный интеллект [4].

В связи с вышесказанным возрастает необходимость выработки для каждого конкретного случая лечебных, психолого-педагогических и коррекционных стратегий, тем более что при отсутствии лечебно-коррекционной работы более чем в 70 % случаев РДА наблюдается глубокая инвалидизация (данные Национального общества содействия детям-аутистам США за 1982 г.). Наоборот, своевременное начало психолого-педагогической коррекционной работы в сочетании с лекарственной терапией способствует максимальной мобилизации имеющихся ресурсов

психической активности ребенка: эмоциональной, когнитивной, моторной сфер [2].

В настоящее время становится все более понятным, что детский аутизм не является проблемой одного только детского возраста. Трудности коммуникации и социальной адаптации меняют форму, но не уходят с годами, и помощь и поддержка должны сопровождать человека, страдающего аутизмом, всю жизнь [6].

Отечественная дефектология обратила внимание на проблему раннего детского аутизма сравнительно недавно. Актуальность проблемы определяется высокой частотой данной аномалии психического развития (15–20 случаев на 10 000) и очень большим значением своевременной и адекватной коррекции. Решение проблемы коррекции связывается, в первую очередь, с необходимостью широкой информированности общества об особенностях лиц с аутизмом. Существующие рекомендации к коррекционной работе при РДА не дают представления о целостной картине работы. В основном разработаны лишь отдельные направления. Общие же рекомендации не дают достаточных сведений об особенностях коррекции аутизма в различных клинических картинах.

Таким образом, социальная значимость проблемы раннего детского аутизма (РДА) достаточно велика. Если в ранних исследованиях было показано, что частота его проявлений 3–6 случаев на 10 тыс. детей (L. Wing, 1976, 1978), то впоследствии, при выявлении полиэтиологии детского аутизма, были описаны множественные случаи сходных нарушений в развитии коммуникации и социальной адаптации. В итоге частота выявления детского аутизма разной этиологии достигает 20 на 10 000 детей (Т. Питерс, 1999) [3]. Не вполне укладываясь в классическую клиническую картину РДА, они имеют общую специфику психического дизонтогенеза и требуют аналогичного коррекционного подхода.

РДА рассматривается не только как клиническая, но и как психолого-педагогическая проблема и в связи с возникшим запросом общества на введение в образовательное пространство категорий детей, ранее признаваемых необучаемыми. Это делает актуальным научное обоснование и разработку методов психокоррекционной работы с детьми, страдающими аутизмом. Разрешение этих задач непосредственно связано как с исследованием особенностей психического развития при детском аутизме, так и с изучением и обобщением практического опыта, в котором важную роль играет анализ успешных случаев психокоррекции. Этому и будет посвящено мое планируемое исследование.

Одним из важнейших приоритетов развития системы специального образования является максимально раннее начало коррекционного воздействия,

что открывает возможность профилактики и предотвращения формирования вторичных нарушений психического развития. Планируемое исследование направлено на выявление личностных деформаций детей с аутистическими чертами в поведении, и далее, на основе полученных данных, разработку средств психологической помощи детям раннего возраста.

Исследование предполагается осуществить в несколько этапов.

1. Обобщить литературные данные по проблеме РДА, охарактеризовать основные подходы к психологической помощи ребенку с аутизмом.
2. Проанализировать методы диагностики и психологической помощи аутичным детям. Особое внимание при этом уделить конкретным методикам, включая возможность создания авторского варианта диагностической методики.
3. Собрать и изучить анамнестические данные конкретных детей с аутистическими чертами в поведении. Создать и проанализировать индивидуальные истории развития этих детей. Провести диагностические мероприятия, с целью определить глубину дефекта и особенности личностной деформации.
4. На основе полученных данных, создать и далее реализовать коррекционно-развивающую программу, направленную на помощь детям с аутистическими чертами в поведении.
5. Провести повторную диагностику, с целью определения и описания динамики произошедших изменений.
6. Проанализировать полученные данные.

Исследование будет выполняться в рамках подхода, разработка которого началась в ИКП РАО под руководством К.С. Лебединской в 70-х гг. прошлого века. Он традиционен для отечественной психологии и опирается на положение Л.С. Выготского о единстве когнитивного и аффективного развития. Искажение психического развития при детском аутизме объ-

ясняется дисбалансом в формировании системы аффективных механизмов, адаптивных смыслов, в норме организующих взаимодействие ребенка со средой и близкими людьми и лежащих в основе когнитивного и социального развития. В рамках этого подхода накоплен большой опыт практической психологической работы, направленной на коррекцию аффективного развития аутичного ребенка, сформулированы ее принципы, определены методы (О.С. Никольская, К.С. Лебединская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, В.В. Лебединский).

Известна высокая эффективность оказания психологической помощи в раннем возрасте, однако в настоящий момент число специалистов, оказывающих такую помощь, недостаточно. Проведение описанного исследования может помочь открыть новые пути и ориентиры в проблеме диагностики и коррекции аутистических паттернов поведения у детей. Практическое внедрение результатов исследования может производиться практически в любом образовательном учреждении и любыми специалистами, работающими с аутичными детьми.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. – М.: Медицина, 1999.
2. Детский аутизм: хрестоматия / Сост. Л.М. Шипицына. – СПб., 1997.
3. Иванов Е.С., Демьянчук Л.Н., Демьянчук Р.В. Детский аутизм: диагностика и коррекция. – СПб.: Дидактика плюс, 2004.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. – М.: Медицина, 1995.
5. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. – СПб.: Речь, 2007.
6. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи. – М.: Теревинф, 1997.