

УДК 376.4 (45.37)

<http://doi.org/10.36906/KSP-2020/42>

*Горбушина А.С.  
детский сад № 15,  
г. Киров, Россия*

## ДИАГНОСТИКА СИМПТОМАТИКИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Аннотация.** В данной статье приведен анализ последних исследований на тему изучения симптоматики ранних проявлений расстройств аутистического спектра в практике диагностики специалистов дефектологического профиля. Представлены основные маркеры для раннего выявления группы риска детей с ранним детским аутизмом.

**Ключевые слова:** аутизм; расстройства аутистического спектра; ранние признаки аутизма; диагностика; ранний возраст; младенческий возраст.

При выделении аутизма в отдельную форму дизонтогенеза были описаны сотни различных проявлений, схожих между собой по симптомокомплексам с современным представлением исследователей о проявлениях данного синдрома.

При описании первичного дефекта чистой формы аутизма исследователи описывают нарушения верхнестволовых и подкорковых структур, лимбической системы, орбитофронтальных отделов коры и др., поражение или искажение в развитии которых возникает на ранних стадиях внутриутробного развития детей (не позже 28–30 недели развития плода). Следовательно, в структуре нарушения поражаются тонические процессы в случае рассмотрения ранних форм проявления аутизма. Здесь, как вторичный уровень дефекта, выступает классическая триада симптомов аутизма: характерное искажение социальных контактов и развития речи, недоразвитие воображения и ограниченность мотивационной сферы, приобретенные патологические стереотипные формы поведения.

Большинство исследователей при описании вторичного уровня дефекта отмечают, что конечное фиксирование симптомокомплекса в развитии психики происходит только спустя определенный период жизни ребенка. Так, чтобы симптоматика стала достаточной для установления дифференцированного диагноза, требуется преодоление основных кризисов развития психики ребенка, которое обычно заканчивается к 3 годам [7, с. 66]. Однако часть авторов считает, что патогенез расстройств аутистического спектра в своем проявлении характерен для ранних стадий развития шизофрении.

Важно отметить, что механизмы формирования вторичных образований могут быть самыми разными: от психогенных (весьма лабильных и потенциально обратимых) до структурных, ригидных по своей природе. Некоторые из этих структурно-функциональных образований формируются достаточно рано, у них короткий сензитивный период, по окончании которого вероятность желаемого результата существенно снижается [7, с. 68]. В

раннем и младенческом возрасте у детей с аутизмом четко прослеживаются отклонения во временных рамках освоения навыков, как и их качественном оформлении.

О ранних признаках аутизма писали такие исследователи как Ф. Дольто (о диагностике с 12 месяцев), С. Элиез (первые признаки искажения социальной коммуникации с 12–18 месяцев), Л. Каннер (первые симптомы от 0 не позднее 30 месяцев.), Д.Н. Исаев (фиксирование первых признаков до достижения 3 лет), В.Г. Петрова и И.В. Белякова (возникновение обычно в возрасте 1,5–2 лет), О.С. Никольская и К.С. Лебединская (клинико-психологические проявления до 2 лет) [3; 4; 6; 8].

Социальное взаимодействие. Особенности нарушения привязанности и искажения социального взаимодействия – дифференциальные симптомы аутизма. Отличительным признаком раннего оформления аутизма у детей в раннем возрасте является стремление к дозированию эмоциональных контактов, отсутствие инициативы в общении и активной коммуникации как таковой (отмечается снижение обращенных к взрослым вокализаций, контактного взгляда, искажение или отсутствие указательного жеста и коммуникативных оречевленных обращений). Как отмечает М.И. Лынская, одним из первых предвестников развития раннего детского аутизма является отсутствие модулированного крика у младенцев, означающего попытки ребенка придать минимальное значение коммуникации своему крику. Одновременно отмечается непостоянство или слабость отклика на обращение, эмоциональную оценку взрослого. Неизбежно возникают проблемы объединенного внимания, не развивается подражание [1, с. 35].

Речевое развитие. У всех детей с аутизмом имеются особенности речевого развития, в первую очередь определенные их нарушением коммуникативного взаимодействия с окружающими. Часто встречающийся симптом при аутизме – эхолалия, т. е. механическое повторение словесных звукокомплексов, услышанных от окружающих [4; 5]. Тем не менее, эхолалия является частью нормально развивающейся речи у детей младенческого возраста в процессе накопления активных звукокомплексов, в свою очередь у детей с аутизмом эхолалия может возникнуть позже и закрепиться в дальнейшем. Эхолалия у аутистов будет лишена коммуникативной функции, может возникнуть спустя длительное время после первого запечатления («оставленная эхолалия»). Жестовая речь таких детей может искажаться в зависимости от функции, которую она несет, например, означать просьбу, но не призыв к общению [2, с. 193].

Патологии аффективной сферы. Исследованиями особенностей аффективной сферы детей с аутизмом занимались Е.Р. Баенская, К.С. Лебединская, О.С. Никольская, М.К. Бардышевская, О.С. Аршатская [1, с. 32].

Исследования О.С. Никольской предлагают следующее объяснение нарушений аффективной сферы у аутистов: первичное нарушение активности в сочетании со снижением порога аффективного дискомфорта во взаимодействии такого ребенка с окружающим. В процессе фиксирования нарушения социального, и в первую очередь эмоционального, взаимодействия ребенка с аутизмом с близкими момент физического отрыва малыша от матери протекает особенно тяжело. В период налаживания первых социальных взаимодействий с окружающим миром ребенок с аутизмом, ввиду особенностей его восприятия, реагирует в большей степени только на привлекающие его сенсорные стимулы, тем самым углубляясь в аутизацию. В процессе этого ребенок не улавливает обращенную к нему речь, не реагирует на предупреждения об опасности и т. д. Так ребенок, сам того не

понимая, ограничивает свою зону взаимодействия и уходит в «полевое», от социального, поведение. В дальнейшем ребенок стремится ограничить привычное ему поле взаимодействия с окружающим миром, что может сопровождаться излишней тревожностью, чувствительностью к новым стимулам. Спустя время у такого ребенка отчетливее ограничивается его приемлемое окружение, проявляется потребность в постоянстве окружения, требовательность к определенным стимулам, стереотипии [1, с. 34].

О.С. Никольская разделяет проявление аффективной сферы детей с аутизмом на два типа – пониженная и повышенная возбудимость. Пониженная возбудимость будет проявляться сниженным порогом чувствительности, малоподвижностью, пассивностью. Родители могут отмечать у младенца сохранение спокойствия, даже если пеленки будут мокрыми, если ребенок длительное время не требует еды, при пробуждении не требует к себе внимания. Зачастую родители говорят о таких детях «идеальные». О.С. Никольская отмечает следующие маркеры реагирования: реакция на погремушку в 2–3 месяца, на лицо близкого родственника в 3–5 месяцев, на окружающую среду в 6–9 месяцев. Дети с повышенной возбудимостью больше подвержены стимулам окружающей среды, неадекватны в своих реакциях и непостоянны. Детям данной группы свойственна фиксация на негативном опыте, отчего в раннем возрасте могут возникнуть страхи к новым предметам, обстановке, звукам и людям. Тревожность таких детей порождает нарушения соматики (нарушения пищеварения), частые срывы на крик и истерики, которые трудно остановить.

Фобии и негативизм. Уже начиная со второго года жизни ребенок с аутизмом, в силу своего полученного опыта взаимодействия с окружающей средой, может приобрести объекты страха. Для ребенка это объяснимо опасностью вновь пережить сильный стресс при изменении привычного окружения, например, потеря матери как страх быть беспомощным, какой-либо стимул, который ассоциируется у ребенка с ранее негативным опытом. При повышенной чувствительности страхи фиксируются при взаимодействии с новыми раздражителями: яркий свет, намывание во время купания и т. д. Могут быть страхи всего черного, круглого или определенных предметов: зонта, растений и т. д. [4, с. 208].

Аутоstimуляции. Ранняя фиксация на механических повторяющихся воздействиях на самого себя будет являться следствием предыдущих приобретенных симптомов и будет означать тенденцию к усугублению аутизации и дезадаптации в социуме, которые могут проявляться в самораздражении, стереотипных манипуляциях с предметами, потребности в получении одного и того же сенсорного опыта и т. д. Такой способ воздействия на самого себя повышает уровень активности аутиста, является патологической компенсацией стимулов, недополучаемых извне [1, с. 35].

Феномен активизации себя движениями является онтогенетической нормой для развития младенцев, однако патологический процесс будет отличаться постоянной потребностью и повторами таких стимулов, с возможным причинением вреда, у детей с сохранением на протяжении длительного времени [4, с. 6].

Игровая деятельность. В процессе онтогенеза особенность коммуникативного развития и эмоционально-волевой сферы накладывает отпечаток и на игровую деятельность. Игровая деятельность лишена сюжетно-ролевых действий, подражания действиям взрослого, ввиду того, что внимание ребенка не фокусируется на этих моментах. Дети с аутизмом в большинстве случаев предпочитают предметы неигрового характера либо предметы, которые могут принести новый сенсорный опыт или удовлетворить ранее зафиксированный.

Сенсорный опыт в данном случае дает ребенку дополнительную мотивацию для поиска новых подобных предметов, либо предметов, идентичных первому. Грохот от стучания по посуде, звук щелчка выключателя фонарика, скрип бумаги, осязательное и звуковое восприятие песка, перья на игрушке, приятные на ощупь кубики – варианты «игровых» предметов. Ввиду особенностей мотивационной сферы детей с аутизмом игровая деятельность ограничивается их потребностью в сенсорном опыте и получении удовлетворения от манипуляций с предметами. Исходя из этого, игровая деятельность и манипуляции с предметами в целом отличаются однообразием, стереотипностью и патологической фиксацией на конкретных предметах [4, с. 2].

Исследователи Л. Каннер и с Л. Эйзенберг приводят сводные критерии, которые можно дифференцировать у детей с ранними формами аутизма:

- 1) полное отсутствие аффективного контакта с другими людьми;
- 2) стремление к сохранению однообразия в окружающей обстановке и повседневных действиях;
- 3) привязанность к определенным предметам-стимулам;
- 4) речь, лишенная коммуникативной функции, либо используемая в качестве реализации простейших потребностей;
- 5) сохранный познавательный потенциал [3, с. 95].

В дальнейшем в работах О.С. Никольской и К.С. Лебединской описываются основополагающие, по их мнению, симптомы раннего детского аутизма, которые возможно определить в возрасте до 2-х лет:

- 1) нарушения социального взаимодействия с окружающими (отсутствие фиксированного взгляда на глазах взрослого, буквальное безразличие к окружающим, отсутствие улыбки в ответ на обращение к ним взрослого, потребительская привязанность к матери, неадекватные или слабые эмоциональные реакции, специфическое отношение к одушевленному и неодушевленному);
- 2) ранние фобии;
- 3) стремление к тождеству (непереносимость перемен, изменений в жизни и окружающей обстановке и т. д.);
- 4) нарушение чувства самосохранения;
- 5) патология развития сенсорной сферы (гипо- или гиперчувствительность);
- 6) потребность в получении повторяющихся сенсомоторных стимулов (стереотипии, аутостимуляции);
- 7) специфическое интеллектуальное и речевое развитие;
- 8) специфическая игровая деятельность;
- 9) особенности формирования витальных функций и аффективной сферы;
- 10) специфические нарушения в развитии двигательной сферы, и некоторые другие [3, с. 96].

О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг выделяют следующие группы проявления РДА у детей младенческого и раннего возраста.

Первая группа. Спокойные и «удобные дети» в младенческом возрасте, и полевое и неуправляемое поведение с 2 лет с мотивацией изучения сенсорного поля в целом.

Вторая группа. Требовательность и зависимость от близкого человека в младенческом возрасте; патологическая необходимость в постоянстве, повышенная чувствительность, аутостимуляции после получения негативного опыта со временем.

Третья группа. Сенсорная ранимость и дискомфорт, грубое соблюдение дистанции в общении, неадекватные эмоциональные реакции на общение. После освоения ходьбы уходит в полевое поведение с фиксацией на стремление к получению отдельных впечатлений.

Четвертая группа. Ранние этапы развития максимально приближены к норме. Однако на 2-3 году жизни развитие выглядит более задержанным, чем у детей предыдущих групп. Осознанность неполноценности провоцирует развитие у ребенка постоянной тревожности, легкой тормозимости, стремления жить в стереотипных условиях, уход в самоагрессию.

В младенческом возрасте дифференцировать РДА и интеллектуальные нарушения, или нарушения слуховой функции, может только комплексная диагностика ребенка. Первые пункты, на которые обращают внимание в развитии детей младенческого возраста, – это поведенческие реакции:

– отнесенная и направленная улыбка младенца. Впервые ребенок улыбается близкому взрослому в ответ на его эмоции примерно в возрасте трех недель, что свидетельствует о его развитии как социального существа и переходе от новорожденности к младенчеству. Это первое социальное новообразование в развитии психики ребенка;

– слуховое и зрительное сосредоточение ребенка, слухо-зрительно-моторная координация, локомоторный акт;

– комплекс оживления, который проявляется в норме развития, норме интеллекта и норме деятельности у каждого ребенка в ответ на эмоциональное воздействие близкого взрослого. Это очень сложное по составу и богатое по эмоциональному состоянию психическое новообразование. Комплекс оживления сопровождается гулением, а затем лепетом, проходящим в своем развитии как предвестник речи нескольких сложных и важных стадий: лепет не отнесенный и не продуцируемый, лепет отнесенный, лепет продуцируемый и т. д.

Самыми явными и специфическими проявлениями РАС, как известно, являются трудности установления эмоционального контакта, особые нарушения речевого развития (подчеркнем, особые нарушения, не имеющие ничего общего с речью ребенка с умственной отсталостью или слуховыми нарушениями) и особое, стереотипное поведение ребенка [5, с. 29].

В целом, приобретенный негативный опыт взаимодействия с окружающим миром и социумом, который подкрепляется защитными функциями аутостимуляций, стереотипий и фобий, становится определяющим для дальнейшего искаженного развития речи, мышления и деятельности [1, с. 32].

### Литература

1. Баенская Е.Р. Ранняя диагностика и коррекция РАС в русле эмоционально-смыслового подхода // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2. С. 32–37.
2. Герасимова Л.Н., Шипова Л.В. Диагностика риска развития расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста // Евразийское научное объединение. 2018. № 10-3 (44). С. 192–194.

3. Иовчук Н.М., Северный А.А. Современные проблемы диагностики аутизма // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. № 5.
4. Кобрин Л.М., Беляева А.А. Основы дифференциальной психолого-педагогической диагностики расстройств аутистического спектра в контексте отличия от сходных состояний и опасность гипердиагностики // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. 2018. № 4.
5. Морозов С.А., Морозова С.С., Морозова Т.И. Некоторые особенности ранней помощи детям с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2. С. 19–31.
6. Пинкус М.В. Развитие навыков социального взаимодействия в раннем детстве у типично развивающихся детей и у детей с расстройствами аутистического спектра // Вестник ЮУрГГПУ. 2015. № 10.
7. Петрова Н.Н., Пряникова Е.В. Актуальные вопросы расстройств аутистического спектра: теория и клиническая практика // Практическая медицина. 2019. Т. 17. № 3. С. 65-72.
8. Соколова Н.Н., Тарханов В.С., Денисова Е.А. К вопросу дифференциальной диагностики детского аутизма и детской шизофрении (клинико-психологическая оценка случая) // Педиатр. 2018. Т. 9. № 5. С. 125–130.

©Горбушина А.С., 2020