

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СИСТЕМАТИКА АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СПЕЦИФИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ PSYCHOLOGICAL SYSTEMATICS OF AUTISTIC DISORDERS AND SPECIFIC DIRECTIONS OF SUPPORT

Семаго Н.Я., доцент, канд. психол. н., Семаго М.М., доцент, канд. психол. н.,
Semago N.Y., docent, PhD in psychology, Semago M.M., docent, PhD in psychology

Московский государственный психолого-педагогический университет

Moscow State University of Psychology and Education

Москва, Россия

Moscow, Russia

Аннотация. Статья посвящена особенностям диагностики и коррекционно-развивающим направлениям деятельности специалистов с детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС). Показана современная систематика расстройства и авторская психолого-педагогическая типология. Выделены основные дифференциально-диагностические показатели состояния детей с РАС, направления анализа особенностей развития вариантов аутистических расстройств. Представлены возможные комплексы абилитационной помощи.

Annotation. The article is devoted to peculiarities of diagnostics and correction-developing activities of specialists with children with autism spectrum disorders (ASD). Shown disorders modern taxonomy, and author of psycho-pedagogical typology. The basic differential-diagnostic indicators of the state of children with CANCER, the directions of the analysis of features of development of variants of autistic disorders are allocated. Possible complexes of rehabilitation assistance are presented.

Ключевые слова. Расстройства аутистического спектра, типологические варианты, критерии оценки, направления коррекционной работы.

Keywords. Autism spectrum disorders, typological variants, evaluation criteria, directions of correctional work.

Дети с РАС очень неоднородная и гетерогенная группа. Невозможно описать то многообразие аффективных, регулятивных, моторных, речевых нарушений, которые отмечаются при аутизме, как производные когнитивного или лишь аффективного дефицита [2]. Сегодня уже понятно, что существуют и разные внутренние механизмы возникновения аутистических проблем [4; 6].

Сложность оценки состояния ребенка состоит в том, что для определения и образовательного маршрута, и направления коррекционно-развивающей помощи со стороны специалистов сопровождения необходимо учесть абсолютно все особенности ребенка: и особенности коммуникации, и особенности поведения, и наличие/отсутствие стереотипий, особенности раннего развития (ранний анамнез) и т.п. Подобная диагностика, а не просто оценка тяжести проявления аутистических проблем является основой для адресного подбора специфичной помощи.

Скажем больше – понять и увидеть, что ребенок имеет аутистическое расстройство не сложно, гораздо сложнее *качественно* квалифицировать его состояние и его специфику, что создаст основу для определения варианта аутистического расстройства. Самое главное – это даст понимание какие коррекционные технологии будут для ребенка адекватны и эффективны, а какие – противопоказаны или даже запрещены на определенном этапе развития. Решение этих задач требует значительно большего профессионального опыта и владения определенными технологиями анализа.

Одним из главных компонентов профессионального анализа является определенная методология анализа, принятая специалистом.

В настоящее время в нашей стране действует классификация МКБ- 10 и в ближайшее время планируется введение ее новой модификации МКБ-11. В МКБ-10 выделяется, по

крайней мере, семь вариантов аутистических расстройств, в целом под шифром F84.xx. [1]. В планируемой МКБ-11 (модификация DSM-V, введенная в Европе и США в 2012 году) все это многообразие вариантов сведено к единой категории – «Расстройства аутистического спектра» (шифр 299.00). Внутри этой обобщенной категории выделяются отдельные особенности расстройства, определяющие наиболее важные (с точки зрения авторов классификации) компоненты: интеллектуального состояния, в том числе речи, связей с клиническими, в том числе, неврологическими, генетическими и т.п. факторами и др. Положительным моментом является дополнительная графа, определяющая уровни необходимой поддержки (3 градации).

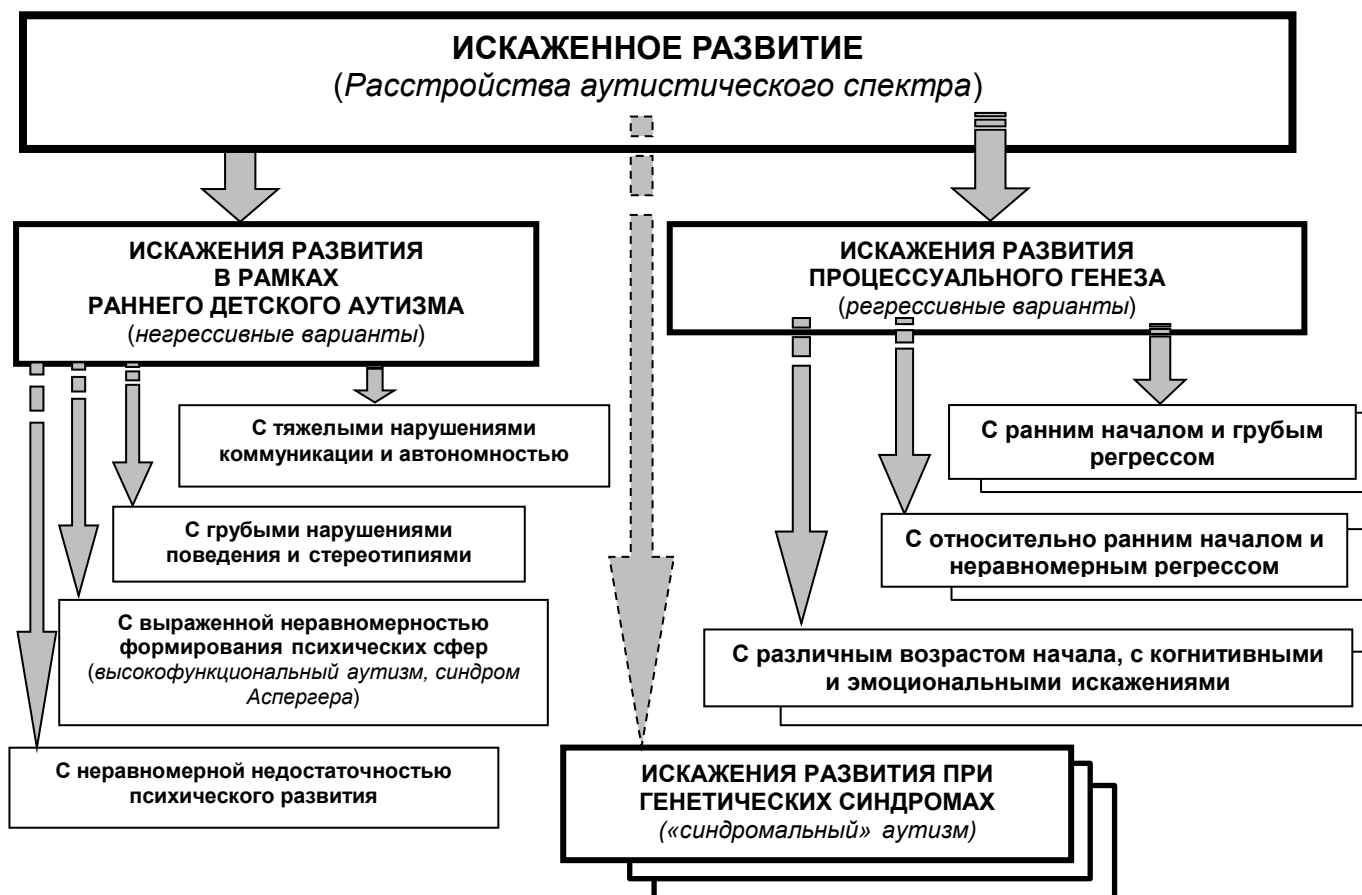
Если рассматривать данную систематику, можно сделать два взаимоисключающих вывода: либо каждый ребенок совершенно уникален, либо все эти дети примерно одинаковы и могут быть «подведены» под одну категорию расстройства.

Такой подход крайне ограничивает возможность какой-либо систематизации, в том числе и психолого-педагогической, опираясь на которую, возможна разработка и реализация специфичного комплекса мер необходимый для развития, социализации и образования ребенка в соответствии с его возможностями. Именно это является основной задачей сопровождения ребенка.

Таким образом, основной целью нашей работы является разграничение разных вариантов аутистических расстройств для задач подбора специфичных методов помощи ребенку, как в психолого-педагогическом так и в медицинском контекстах.

Наша психолого-педагогическая типология искаженного развития (отечественный термин всего симптомокомплекса расстройств аутистического спектра) базируется на теоретических подходах школы К.С.Лебединской и О.С.Никольской [3; 7], а также на собственной более чем 20-летнем опыте работе с детьми с искажениями развития в различных образовательных и медицинских организациях, учреждениях социальной защиты г. Москвы, аккумулированном в наших работах [5].

Основные варианты искаженного развития представлены на Рис. 1.



Как видно из представленной типологии основным является принципиальное разделение всего спектра аутистических расстройств на три большие группы: группу *искажений развития нерегрессивного характера* в рамках раннего детского аутизма – РДА, (описанного в 80-х годах XX-го столетия в работах отечественных авторов); группу *искажений развития процессуального генеза* и группу *искажений при генетических синдромах*, выделяемой, в первую очередь, зарубежными авторами [4]. Последнюю с точки зрения психолого-педагогической квалификации скорее следует рассматривать в контексте наличия аутистических черт, «парааутистических» проявлений при других вариантах отклоняющегося развития (в первую очередь, при тотальном недоразвитии) нежели как одну из категорий истинно аутистического расстройства.

Первую группу можно оценивать как нерегрессивные аутистические расстройства, то есть не дающее регресса, а только пусть и медленное, но неуклонное развитие. У детей второй группы наблюдается существенный регресс, утрата развития различных сторон психической деятельности. При этом подобный регресс имеет вариативность и различные степени выраженности. При этом все группы имеют не только различный характер расстройства, но и степень тяжести, рассматриваемой в плане социальной и образовательной адаптации.

Можно привести ряд критериев, на основе которых и проводилось предлагаемая дифференциация вариантов РАС. Отметим, что большинство этих критериев также впервые было представлено в работах школы К.С. Лебединской и О.С. Никольской [3; 7]. Среди основных можно выделить *раннее начало* проявлений социально-эмоциональных особенностей, возникающих уже в первые 6-8 месяцев жизни (и даже в первом полугодии жизни); *изменение порогов* сенсорной чувствительности, в том числе болевой и тактильной (как повышение порогов, так и значительное их снижение – гипо- и гиперсензитивность); *выраженная специфика речевой коммуникации* (ее неориентированность на социальное взаимодействие), а также *выраженная неравномерность* развития психических функций, психических сфер в целом. Последняя особенность отмечается практически при всех вариантах искаженного развития. Наиболее важным и ключевым являются показатели выраженности проблем социально-эмоционального взаимодействия и речевой коммуникации. Эти критерии в целом позволяют сделать отдаленный вероятностный прогноз об особенностях социальной и образовательной адаптации ребенка.

При внимательной оценке особенностей психического развития ребенка с РАС необходимо проанализировать ряд показателей, приобретающих статус *дифференциально-диагностических критериев*. Среди них: особенности развития от рождения до 3 лет (анамнез раннего развития); характерные поведенческие феномены и динамика их изменений с возрастом; особенности социального взаимодействия, коммуникации и игры; особенности развития психических функций и сенсорики, речевого развития, а также наличие генетических аномалий, неврологических и соматических заболеваний. Эти показатели необходимо обязательно оценить, даже при наличии данных опроса родителей посредством стандартизированных анкет или анкет, заполняемых специалистом при наблюдении за поведением ребенка и взаимодействием с ним [4].

Одним из наиболее важных для нас является особенности развития ребенка от рождения до 3 лет (анамнестический критерий). Здесь важной оказывается вся специфика развития и поведения ребенка, в том числе в диаде «мать-дитя»: как принимал пищу, принимал ли позу кормления, «приудабливался» на руках, какую коммуникацию демонстрировал. Очень важным показателем является динамика изменений с возрастом, поскольку с возрастом дети «наживают» некоторую поведенческую адаптивность – большую или меньшую, стереотипную или нет и т.п. Отдельно следует выделить особенности речи, ее специфика или нарушения (при регрессивных вариантах) и ее восстановлении. Развитие этого множества «речевых тонкостей» позволяет сделать отдаленный прогноз социальной и образовательной адаптации ребенка.

При этом наиболее существенным для дифференциации групп является показатель особенностей развития в раннем возрасте, поскольку именно при регрессивных вариантах (Рис. 1) **в обязательном порядке** (выделено авторами) есть период нормативного (иногда даже несколько акселеративного – в основном когнитивных функций) психического развития.

Эта категория детей до определенного момента не имеют никаких знаков искаженного развития. А далее после какого-либо провоцирующего момента (а иногда и без него) возникают различного рода утраты. В первую очередь, это утраты социально-эмоционального взаимодействия, утрата навыков речи опрятности и др.

Эта группа также может быть подразделена на отдельные варианты. Подобная дифференцировка определяет в целом особенности комплексной помощи. Имеет смысл говорить о варианте *раннего начала с грубым регрессом* (утратами); с относительно ранним началом и очень *неравномерными утратами*, которые, как правило, в основном касаются эмоциональной сферы; с *когнитивными и эмоциональными искажениями*, которые могут начаться в различном возрасте, но чаще всего ближе к началу школьного возраста. Здесь часто возникают специфические нарушения мышления.

Всю эту группу аутистических расстройств следует рассматривать исключительно в рамках *психического заболевания* (выделено авторами). В настоящее время мы наблюдаем значительное «омоложение» начала регресса – в большом количестве случаев это возраст от 1 до 2 лет, когда в норме большинство психических функций начинает свое интенсивное развития формироваться. С точки зрения прогноза дальнейшего развития ранний регресс считается наиболее неблагоприятным. Для всей группы *регрессивного аутизма* на первый план выходит сопровождение врача-психиатра и медикаментозная коррекция в различных ее вариантах, без которой в большинстве случаев эффективная адаптация ребенка в различных социальных средах представляется маловероятной. Повторимся, что здесь необходимо, по крайней мере, наблюдение психиатра и при необходимости лечение особенно в ситуации тяжелых поведенческих нарушений, при которых весь ресурс ребенка «уходит» на защиту от собственных страхов и тревог, от невыносимых социальных воздействий. Наш опыт показывает, что дети получающие адекватную медикаментозную поддержку, показывают значительно более лучшую адаптацию, чем дети без лечения.

Если говорить о коррекционно-развивающих практиках, которых и в мире, и в нашей стране только основных направлений насчитывается более 15-18 видов [4; 6]. Каждое из этих направлений (эмоционально-уровневый подход, поведенческие практики, социально-коммуникативные, кинезиологические и т.д.), технологий оказывается адекватным и эффективным для *конкретного варианта искажений развития*, в конкретный период психического развития ребенка. Таким образом для каждого из приведенных выше вариантов искажений развития можно подобрать конкретные технологии и тактики специфичной помощи ребенку.

Поэтому точная, «мишенная» оценка всей совокупности психического развития, позволяющая отнести это состояния к тому или иному варианту аутистического расстройства оказывается предельно важной, определяющей в целом направленность и «траекторию» комплексной помощи.

Нельзя здесь не остановиться и на работе с окружением такого ребенка. Наша практика показывает, что помимо оценки стадии психоэмоционального состояния, на которой находятся родители (в соответствии с моделью горя Р.Антли), на особенности работы с семьей точно также влияет характер поведенческих и аффективных нарушений ребенка. Понимание этих двух параметров в значительной степени повышает эффективность работы с семьей.

Таким образом, мы считаем предельно важной и необходимой в современных условиях развития комплексной помощи детям с РАС значительно **большую** дифференциацию состояния ребенка и отнесение его к определенному *варианту аутистических расстройств*, чем это предусматривает и медицинская систематика, и бытующие в настоящее время среди специалистов психолого-педагогического сопровождения подходы и тактики выбора коррекционно-абилитационных технологий.

Литература

1. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. — М.; СПб.: Смысл; Речь, 2003.
2. Морозов А.С. Современные подходы к коррекции детского аутизма (обзор и комментарии) - М.:2010

3. Никольская О. С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи – М.: Теревинф, 1997.
4. Ребер М. Расстройства аутистического спектра. Научные подходы к терапии /Пер. с англ. – М.: Издательский дом БИНОМ, 2017.
5. Семаго М.М., Семаго Н.Я., Типология отклоняющегося развития. Модель анализа и ее использование в практической деятельности – М.: ГЕНЕЗИС, 2011.
6. Цунами детского аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь. Под общей ред. А.П. Чуприкова. – М.: Гнозис, 2017.
7. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция /Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990.