

Лауткина С.В.

ВГУ имени П.М. Машерова, Республика Беларусь, г. Витебск
Доцент, кандидат психологических наук
lautkina@tut.by

Радашкевич А.А.

ВГУ имени П.М. Машерова, Республика Беларусь, г. Витебск
Студент
afterwewere@gmail.com

УДК 159.922.76-056.3-053.4:616.896

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

В статье представлены результаты исследования особенностей развития детей раннего возраста с расстройствами аутистического спектра. Изучение особенностей развития детей проводилось на основе изучения документации на ребенка (анализа амбулаторных медицинских карт) и беседы со взрослыми (лечащим врачом – педиатром и родителями ребенка).

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра (РАС), ранний детский аутизм (РДА), дети раннего возраста, изучение документации на ребенка, анамнез, беседа, особенности развития.

FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF YOUNG CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

The article presents the results of research of the peculiarities of the development of young children with autism spectrum disorders. The study of the peculiarities of children's development was carried out on the basis of studying the documentation for the child (analysis of outpatient medical records) and conversations with adults (the attending pediatrician and the child's parents).

Keywords: autism spectrum disorders (ASD), early childhood autism (ECA), young children, study of documentation for a child, anamnesis, conversation, developmental features.

Введение. Одной из актуальных проблем генетики, психофармакологии, психоневрологии, нейропсихологии, педагогики, специальной психологии, коррекционной педагогики и ряда других наук является раннее выявление, изучение и медико-психолого-педагогическое сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) или имеющих факторы риска в возникновении таких нарушений.

Понятие о РАС (*autism spectrum disorder, ASD*) как о самостоятельной клинической единице впервые предложено в 1911 году Ойгеном Блейлером, который ввел термин «аутизм» (лат. из греч. *aytos* – «сам») для описания клинической картины шизофрении, а именно – ухода больного шизофренией в мир фантазий. Определяя аутистический тип мышления, О. Блейлер подчеркивал независимость его от реальной действительности, свободу от логических законов, захваченность собственными переживаниями. Позже в 1943 году Лео Каннер дал подробное описание детского аутизма, назвав его «инфантильным аутизмом». Он описал 11 клинических случаев, общие особенности которых сформулировал следующим образом: «Выявленное базисное патномоничное расстройство заключается во врожденной неспособности к установлению нормальных контактов с людьми или к ориентации в определенных ситуациях. По описанию родителей, такие дети «самодостаточны», «живут в собственной скорлупе», «особенно счастливы, когда их оставляют в покое», «ведут себя так, как будто вокруг них никого нет», «не замечают окружающих», «производят впечатление тихих мудрецов», «неспособны адекватно реагировать на социальные ситуации». По мнению Л. Каннера речь идет об «изначальной аутистической замкнутости, когда ребенок не

замечает, игнорирует и исключает весь внешний мир». В 1944 году Ганс Аспергер описал 4 клинических случая аутистических расстройств у детей, объединенных 6 общими признаками, касающимися физических и внешних проявлений, аутистического интеллекта, паттернов поведения в обществе, изменений влечений и чувств, генетических факторов, социальной значимости и динамики. Позже данное расстройство получило название «аутистическая психопатия» или «синдром Аспергера». Согласно МКБ-10 детский аутизм – это общее расстройство психического развития, при котором отмечаются качественные нарушения коммуникации и социального взаимодействия, ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы поведения и активности. Аутизм включен в группу *первазивных расстройств* (от англ. pervasive – проникающий, распространяющийся повсюду), то есть охватывающих все области психики. Это расстройство проявляется в возрасте до 2– 2,5 лет и для него характерны: нарушения потребности в общении, способности к социальному взаимодействию, стереотипность поведения, деятельности, интересов и игр. Средняя частота встречаемости аутизма – 5 : 10 000 с явным преобладанием (1 : 4) лиц мужского пола. Частота аутизма в детской популяции имеет явную тенденцию к росту [5].

До настоящего времени нет единой концепции относительно этиологии и патогенеза РАС. Рассмотрим некоторые факторы *этиопатогенеза* РАС: 1) в *психогенетической концепции*, основными факторами являются психологические особенности родителей, ранний психотравмирующий опыт, эмоциональная депривация; 2) *генетическая природа РАС* опираются на семейные, близнецовые, молекулярно-биологические исследования; 3) *повреждение и нарушение функций головного мозга*; 4) *нарушения в обмене гормонов, нейротрансмиттеров, эндорфинов, признаки искажения функционирования серотонинергической системы мозга*; 5) *нарушения эмоционального развития, когнитивных процессов и речевого развития*.

Наиболее известные и эффективные технологии и методы оказания помощи детям с РАС: система коррекции на основе уровневого подхода к базальной системе эмоциональной регуляции (В.В. Лебединский, О.С. Никольская); прикладной анализ и терапия поведения (АВА-терапия, англ. Applied Behaviour Analysis), разработан И. Ловаасом; структурированное обучение, или ТЕАССН-терапия (Э. Шоплер); метод социальных историй (К.Грэй); и методика: выполнения деятельности взрослым; имитации; подстройки; эмоционально-смыслового комментирования; вербализации чувств ребенка [5].

При появлении симптомов аутизма в первые месяцы жизни ребенка говорят о *синдроме РДА*. Если для установления диагноза РДА недостаточно клинических характеристик, говорят об *аутистических чертах личности*. По данным ВОЗ, при аутистическом расстройстве личности *отмечаются*: 1) *качественные нарушения в сфере социального взаимодействия*; 2) *качественные нарушения способности к общению*; 3) *ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности*. На сегодняшний день основу диагностики аутизма составляют три ключевых признака, известные как *триада Лоры Винг*: 1) *качественное ухудшение в сфере социального взаимодействия*; 2) *качественное ухудшение в сфере вербальной и невербальной коммуникации и в сфере воображения*; 3) *крайне ограниченный репертуар видов активности и интересов [5].*

Основные трудности ранней диагностики РАС: 1) ярко картина нарушения проявляется после 2,5 лет, до этого возраста часто симптомы выражены слабо, в скрытой форме; 2) часто педиатры и детские психиатры не знают проблемы, не могут разглядеть в ранних симптомах РАС; 3) родители, которые замечают «необычность» своего ребенка, доверившись неспециалисту и не получив адекватного подтверждения, перестают бить тревогу. В связи с перечисленным *целью исследования* является изучение особенностей развития детей раннего возраста с РАС.

Материал и методы. Теоретические методы (формально-логический анализ различных аспектов исследования проблемы, логико-дедуктивный метод), эмпирические методы (изучение документации на ребенка (анализа амбулаторных медицинских карт), беседа в виде опроса лечащего врача – педиатра, педагогического персонала и родителей ребенка).

Результаты и их обсуждение. Эмпирическое исследование проводилось на базе центра раннего вмешательства УЗ «Витебский областной детский клинический центр». В исследовании участвовало 16 детей в возрасте от 1 года 6 месяцев до 2 лет 8 месяцев. Биологические факторы риска устанавливались посредством изучения амбулаторных медицинских карт. Социальные факторы риска изучались с помощью метода беседы в виде опроса лечащего врача ребенка, педагогического персонала и родителей ребенка. Кроме этого посредством опроса уточнялись и дополнялись некоторые биологические факторы развития.

В амбулаторных медицинских картах на детей, прежде всего, изучались анамнестические сведения. *Изучение анамнеза* показало, что на развитие детей влияют множество **факторов**, однако самые частотные среди них следующие: *сложное течение беременности матери, роды на сроке до 38 недель; возраст отца и матери ребенка* (возраст отца, которому больше чем 55 лет, значительно коррелирует с возникновением РАС, возраст матери имеет меньшее значение); *сложное течение родов; наследственные, нервно-психические и хронические соматические заболевания родителей, иммунологическая несовместимость крови ребенка и матери по резус-фактору и группе крови; малые вес, рост, объем груди и головы ребенка; низкая оценка по шкале Апгар; асфиксии и гипоксии; судороги при гипотермии; хирургические вмешательства под общим и местным наркозом; вредные привычки у матери (табакокурение, алкоголизм, наркозависимость и др.); заболевания в пренатальном, постнатальном и натальном периодах, черепно-мозговые травмы, тяжелые перенесенные инфекционные заболевания в раннем возрасте, социальные депривации.*

По результатам *опроса* выявлены наиболее частотные **особенности** у испытуемых.

В языке и общении: избегает контакт «глаза в глаза»; отсутствует «комплекс оживления», отсутствует местоимение «Я», про себя говорит «мальчик», «Коля» и др.; произносит отдельные простые и лепетные слова (около 10), но эхολалично; не повторяет слова, услышанные в разговоре; не указывает на что-то, чтобы показать взрослому, что он хочет; не показывает на вещи или фотографии, когда их называют; не знает имена близких; части тела не называет; показывает изображения на картинке в книге, но не всегда. **В моторной сфере:** не сформирован указательный жест, не рисует и не копирует прямые линии и круги; общая и мелкая моторика развиты слабо; не повторяет за действиями взрослого; не пинает мяч; не стоит на цыпочках; поднимается вверх по лестнице и спускается с нее только с помощью взрослого; не формируются навыки самообслуживания. **В социально-эмоциональной сфере:** выражение эмоций не соответствует ситуации; чувство самосохранения притуплено; предпочитает находится в одиночестве; избегает объятий с близким человеком (мамой), не прижимается к маме; отказывается от удержания за руку; имеет проблемы со сном; не оживляется при встрече с другими детьми; демонстрирует стереотипное поведение, иногда вызывающее (отказывается выполнять просьбы, делает не то, о чем его попросили); не играет с другими детьми. **В когнитивной сфере:** не находит вещи, спрятанные под двумя или тремя крышками (тряпочками); не сортирует предметы по формам и цветам; не завершает предложения и рифмы в знакомых книгах; не строит башни из кубиков; использует обе руки; не выполняет двухсоставные инструкции (просьбы).

Таблица 1 – Свободная таблица по двум возрастным этапам

Признаки нормального процесса формирования личности и жизненной компетентности ребенка	Проявления ядерного и вторичных нарушений у ребенка с РАС	Коррекционная работа
0–1 год		
Появление «социальной» улыбки, узнавание близких, феномен «расположения», «комплекс оживления», избирательный интерес к социальным стимулам, поддержка зрительного контакта со взрослым, который обращается к ребенку.	Слабость психического тонуса, вялость, малая активность в контактах со средой, невыразительность проявлений даже витальных потребностей или, наоборот, особенная возбудимость, двигательное беспокойство, потребность в особенных условиях для сна и кормления. Отсутствие «комплекса оживления», интереса к социальным стимулам.	Развитие эмоциональных связей и взаимодействия с близкими, сенсорное развитие, развитие внимания
Отделение себя от других, интерес к себе (рассматривание, ощупывание), первый опыт общения, дифференциация «своих» и «чужих»	Особенные привычки при укладывании спать, кормлении, выполнении процедур ухода, легкое возникновение состояния сенсорного дискомфорта	Развитие эмоциональных связей и взаимодействия с близкими, сенсорное развитие, развитие внимания
Начало самопроизвольной деятельности, подражание действиям взрослого, реакция на собственное имя, понимание некоторых жестов	Нарушение развития познавательной активности и предметной деятельности, увлеченность отдельными стереотипными впечатлениями – зрительными, тактильными, слуховыми, вестибулярными, проприоцептивными, не предусматривающие участия взрослого, невозможность включить в развивающее взаимодействие со взрослыми, «симбиотическая связь» с матерью	Развитие эмоциональных связей и взаимодействия с близкими, сенсорное развитие, развитие внимания, в т.ч. способности к сосредоточению на совместной деятельности. Формирование первичных коммуникативных навыков, способности к имитации, совместной деятельности, выполнение инструкций
1–3 года		
Использование жестов – указательного, «Да», «Нет», а также доступных слов с целью коммуникации, «отыгрывание» на кукле знакомого взаимодействия со взрослыми, имитация поведения взрослого, потребность делиться впечатлениями, эмоциями со взрослым, развитие совместной деятельности, заинтересованность в игре рядом с другими детьми, попытки вступить в контакт, половая самоидентификация. Негативизм, испытание границ дозволенного, первый опыт выхода из конфликтных ситуаций.	Сомато-сенсорная дезинтеграция, появление и развитие аутостимуляций, отсутствие эмоционального контакта с близкими, отсутствие имитации, невозможность привлечения внимания к совместной деятельности, к обучению предметным и речевым действиям, нарушение развития целевого (направленного) поведения, коммуникации, речи (в некоторых случаях – полное отсутствие произношения звуков, которые имеют связь с окружающей средой). Эхολалии, не исчезающие после 2 лет, а наоборот, нарастающие.	Сенсорно-перцептивное развитие, сомато-сенсорная интеграция. Формирование и развитие коммуникативных навыков, способности к имитации, совместной деятельности, выполнение инструкций. Усвоение и использование альтернативных методов коммуникации в случае задержки развития речи. Развитие высших психических функций соответственно возрастным нормам. Развитие эмоциональных связей и взаимодействия с близкими.

По результатам опроса и анализа литературы по проблеме исследования [1, 2, 3; 4; 5] можно сформулировать следующие *высокоспецифичные симптомы у ребенка в отношении РАС:*

в возрасте 3 месяца: не смотрит на мать, когда она заговаривает с ним; негативизм к тактильному контакту (особенно при переодевании); не приспосабливается, когда мать держит его на руках; «взгляд в себя», «в никуда»; отсутствуют фиксация взгляда на лице человека, зрительное сосредоточение; *в возрасте 6 месяцев:* фрагменты деятельности стереотипны и лишены элементов целенаправленности; частое раскачивание на локтях и коленях; не реагирует на звук, находящийся вне поля зрения; гиперсенситивность к отдельным звукам; у многих – зрительная гиперсенситивность, испуг при включении света; задержка узнавания лица матери; не дифференцирует мать; не протягивает руки взрослому, как бы прося взять на руки; не пытается подражать; возможна фиксация взгляда на лице матери (но не «глаза в глаза»); «своих» и «чужих» дифференцирует плохо и без выраженной эмоциональной реакции; *в возрасте 12 месяцев:* на собственное имя часто не реагирует; у части детей – гиперсенситивность к звукам, некоторые не реагируют на звук; глазной контакт не устанавливает или устанавливает кратковременно и формально («взгляд сквозь»); мутизм или отдельные слова номинативного характера, не связанные с объектом, чаще не симпрактические. «Мама» («папа», «баба»), «дай» редко и без обращения; детей (особенно своего возраста) старается избегать, часто проявляет агрессию по отношению к ним; не указывают пальцем на интересующий объект; не пытаются разделить свои впечатления, эмоции с другими; о витальных потребностях могут сигнализировать, но без обращения; *в возрасте 18 месяцев:* становятся более выраженными стереотипии: серии прыжков, вертится вокруг своей оси, совершает повторные машущие движения пальцами или всей кистью; у части детей – явное предпочтение использования периферического зрения; контакт «глаза в глаза» малодоступен; эхолалии; слова – штампы, фразы – штампы; запоминает и воспроизводит ритмически организованные фрагменты текстов; в речи отсутствует обращение; речь, жесты, мимика, позы в целях общения не употребляются или употребляются мало и не вполне адекватно; иногда воспроизведение стихов, песен без осмысления содержания; игра примитивная, стереотипная, манипулятивная, лишенная подражательности и элементов сюжета, часто используются неигровые предметы – игрушки могут заменять бытовые предметы (веревочки, провода и др.); *в возрасте 24 месяцев:* много стереотипных манипуляций с предметами (постукивание, верчение, перекаладывание из руки в руку и др.); трудности формирования целостного сенсорного образа (фиксация внимания на деталях); у части детей регресс в речевом развитии вплоть до мутизма; в других случаях – слова – штампы, фразы – штампы, комментирующие фразы, короткие и часто аграмматичные, редко – «нормально» развитая некоммуникативная «взрослая» речь; с близкими общение формальное и ограниченное; реакция на словесное обращение, в том числе и по имени, часто отсутствует. Обобщив результаты опроса нами составлена таблица двух возрастных этапов, включающая *признаки нормального процесса формирования личности и проявления ядерного и вторичных нарушений у ребенка с РАС, а также необходимая коррекционная работа с ним.*

Работая с ребенком раннего возраста с РАС, необходимо помнить о следующем: 1) он должен наблюдаться у педиатра, невролога, психиатра и др. специалистов; 2) динамическое наблюдение за ребенком из группы риска по развитию РАС должно включать не только своевременный динамический осмотр ребенка, но и при необходимости видеофиксацию патологических состояний как в семье, так и в медицинских и образовательных учреждениях для более детальной оценки развития и поведения ребенка; 3) необходимы занятия с учителем – дефектологом, педагогом – психологом, педагогом дошкольного образования, музыкальным работником, инструктором лечебной физической культуры, но наиболее эффективными являются индивидуальные занятия; 3) нуж-

но учитывать неравномерность развития интеллектуальных, речевых, сенсорных, моторных, эмоциональных и поведенческих навыков, повышенную пресыщаемость и утомляемость ребенка и др. Необходимо помнить, что раннее сопровождение ребенка с РАС позволяет сгладить, а в некоторых случаях не допустить появления грубых нарушений развития и поведения, способствовать его успешной социальной адаптации и социализации.

Список использованной литературы:

1. Белоусова, М.В. Расстройства аутистического спектра в практике детского врача / М.В. Белоусова, В.Ф. Прусаков, М.А. Уткузова // Практическая медицина. – 2009. – № 6 (38). – С. 36–41.
2. Выявление риска развития расстройств аутистического спектра в условиях первичного звена здравоохранения у детей раннего возраста / авт.-сост. С.А. Морозов. – Воронеж: Департамент здравоохранения Правительства Воронежской области. – 56 с.
3. Дети с расстройствами аутистического спектра: современные представления и педагогическая помощь: учеб. – метод. пособие / Т. Н. Адеева, Е. В. Куфтык, Е. В. Патрина, И. В. Тихонова, Н. С. Шипова: ред. И. В. Тихонова. – Кострома: КГУ, 2017. – 196 с.
4. Мамайчук, И.И. Помощь психолога детям с аутизмом / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.
5. Чуприков, А.П. Расстройства спектра аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь / А.П. Чуприков, А.М. Хворова. – Изд. 2-е, доп. – Львов, 2013. – 272 с.

Лепешко К.В.

Белорусский государственный университет, Республика Беларусь, г. Минск

Аспирант

ksenia.lepeshko@gmail.com

УДК 316.77

ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ СОЦИАЛЬНО-СРАВНИТЕЛЬНОЙ РЕВНОСТИ

Целью исследования было определение личностных предикторов различных индикаторов социально-сравнительной ревности индивидов. Было установлено, что предикторами высокого уровня оценки значимости ситуации социально-сравнительной ревности являются уровень напряженности, любопытство и непонимание; высокого уровня индекса когнитивной ревности – самокритика, поиск впечатлений, эмоциональная лабильность, склонность к соперничеству, эмоциональная комфортность и избегания внимания; высокого уровня индекса эмоциональной ревности – тревожность, настойчивость, склонность к доминированию, неаккуратность и отсутствие ответственности; высокого уровня поведенческой стратегии самореализации – настойчивость, пластичность и склонность к соперничеству; высокого уровня стратегии уравнивания – артистичность, настойчивость, сенситивность и склонность к соперничеству; высокого уровня поведенческой стратегии ухода из ситуации – стремление к привлечению внимания, самокритика и реалистичность.

Ключевые слова: социально-сравнительная ревность; ценностный, когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты.

PERSONAL PREDICTORS OF SOCIO-COMPARATIVE JEALOUSY

The aim of the study was to determine the personal predictors of various indicators of socio-comparative jealousy of individuals. It was found that the predictors of a high level of assessment of the significance of the situation of socio-comparative jealousy are the level of tension, curiosity and misunderstanding; a high level of the index of cognitive jealousy – self-criticism, search for impressions, emotional lability, a tendency to rivalry, emotional comfort and avoidance of attention; a