

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ АУТИСТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ЕГО ТИПОЛОГИЯ

*Людмила АНЦИБОР, Мария ГУРКОВА*

*Молдавский государственный университет*

Сложность постановки и выявления диагноза у детей с аутистическим расстройством обусловлена наличием постоянно изменяющейся клинико-психической картины проявления данного расстройства. Психолого-педагогическая, а также коррекционная работа с детьми с аутизмом и расстройством аутистического спектра сложна, многообразна и существенно отличается от других видов нарушений психического развития. До сих пор не выявлена точная причина возникновения аутистических нарушений, но существует предположение, что это некая форма биологического (органического), а также неврологического нарушения ЦНС, вызывающая отклонения в развитии высших психических функций.

Аутистические нарушения, не считавшиеся до последнего времени психическим заболеванием, объяснялись как результат недостаточного воспитания не только со стороны родителей, но и специалистов. Между тем отсутствуют также достаточно обоснованные доказательства того, что аутистические нарушения могут являться результатом химико-биологических или внешних воздействий на возникновение данного расстройства у детей и его изучение.

**Ключевые слова:** аутизм, аутистическое расстройство, инклюзивное образование, интеграция, психология и специальная педагогика.

### THEORETICAL ASPECTS OF DIAGNOSTICS OF AUTISM DISORDER IN CHILDREN AND ITS TYPOLOGY

The complexity of diagnosing and identifying a diagnosis in children with autistic disorder is due to the constantly changing clinical and mental picture of the manifestation of this disorder. Psychological and pedagogical, as well as correctional work with children with autism and autism spectrum disorder is complex, diverse and significantly different from other types of mental development disorders. Until now, the exact cause of the occurrence of autistic disorders has not been identified, but there is an assumption that this is some form of biological (organic), as well as neurological disorders of the central nervous system, causing deviations in the development of higher mental functions.

Autistic disorders, which until recently were not considered a mental illness, were explained as the result of insufficient education not only on the part of parents, but also of specialists. Meanwhile, there is also no sufficiently substantiated evidence that autistic disorders may be the result of chemical-biological or external influences on the occurrence of this disorder in children and its study.

**Keywords:** autism, autistic disorder, inclusive education, integration, psychology and special (correctional) pedagogy.

#### Введение

Актуальность научного исследования детей с аутизмом и с расстройствами аутистического спектра (РАС) объясняется на социальном уровне заметно возросшим за последние десятилетия количеством детей с искажённым психическим развитием в целом и РАС, а также, в частности, и аутизмом. Данная проблема актуальна и на психолого-педагогическом уровне ввиду участвующих запросов родителей по поводу введения в образовательное пространство категорий детей, признаваемых ранее необучаемыми.

В образовательном пространстве специалисты, работающие с детьми с аутистическими расстройствами, осознают дефицит необходимых им знаний, «конвертируемых» в действия, находящихся на очень низком уровне, поэтому главной задачей специалиста является масштабный процесс управления психической деятельностью, необходимой для применения знаний, во-первых, на бытовом и социальном и, во-вторых, на академическом уровне.

Еще в 1924 году Лев Семенович Выготский [5] подчеркивал важность создания такой системы образования, которая обеспечивала бы интеграцию специального процесса обучения с его традиционными формами, что позволило бы не фиксировать внимание ребенка на его отклонениях в развитии, в силу которых он не может нормально развиваться и взаимодействовать в социуме. Одним из теоретических положений ученого относительно интеграции и социально-педагогического обучения детей с особыми образовательными потребностями (ООП) является *комплексное коррекционно-педагогическое действие*, что является актуальным и в настоящее время.

Республика Молдова стремится к гармонизации своей политики и законодательных норм с Европейским Союзом, подписав Соглашение об ассоциации в 2014 году, в котором четко обозначены права детей, особенно детей с ООП. Меры, принятые в сфере инклюзивного и специального образования в Республике Молдова, обеспечиваются международными стандартами [1-4].

### **Историческая справка**

Понятие «аутизм» впервые упоминается в 18 веке. В то время термин «аутизм» еще не употреблялся, но в медицинских исследованиях появлялись описания людей, которые, вероятно, страдали аутизмом. Они были невербальными, характеризовались замкнутостью и выделялись необычайно хорошей памятью.

Одним из первых к проблеме людей с аутизмом подошел французский исследователь Жан Марк Гаспар Итар, который на примере 12-летнего мальчика Виктора, проживавшего в лесах Аверона («Дикий мальчик из Аверона»), описал это состояние, назвав его *«интеллектуальным мутизмом»*. Он считал, что один из основных признаков аутизма – это отсутствие или задержка речевого развития при сохранении интеллекта. В своей работе «Мутизм, вызванный поражением интеллектуальных функций» (1828 г.), Жан Марк Гаспар Итар обобщил результаты своих двадцативосьмилетних исследований и впервые описал процесс реабилитации своего подопечного [6, с. 9].

Автор пришел к выводу, что дети с данными нарушениями асоциальны, не устанавливают и не поддерживают дружеских отношений со сверстниками, не взаимодействуют с окружающими для удовлетворения своих потребностей и у них отмечаются значительные нарушения в развитии речи и языка. Именно он предложил отделить эту категорию субъектов от детей с умственной отсталостью.

В 1911 году швейцарский психиатр Эйген Блейлер публикует работу «Раннее слабоумие или группа шизофрении», где он вводит в психиатрию два термина: «шизофрения» и «аутизм» (от греческого «autos» – «сам»). Блейлер считал, что аутизм как аффективное расстройство является одним из основных признаков шизофрении. Он назвал аутизмом погруженность в мир оторванных от реальности фантазий, вымыслов, грез, иллюзий, вплоть до бредового уровня [7].

Клинико-психологическая картина раннего аутизма, как особой формы недоразвития, впервые была описана американским детским психиатром Лео Каннером в статье «Аутистические нарушения аффективного контакта», опубликованной в 1943 году. Исследователь охарактеризовал данный синдром как «крайнее одиночество». Все наблюдаемые им дети (их было 11, наблюдались с 1938 по 1943 год) проявляли общие черты, основными из которых были чрезмерная изоляция, замкнутость, уход от каких-либо контактов с людьми, нарушения речевого развития и потребность в многократном повторении одних и тех же действий, однообразие. Кроме того, он указал на то, что описанные признаки становятся более выраженными в период до 2,5 лет. Л. Каннер отмечал, что описываемое им расстройство напоминало шизофрению, но в отличие от последней, такие состояния, как замкнутость, уход в себя, со временем не нарастали. Автор пришел к заключению, что состояние этих детей разительно отличалось от состояний, описанных ранее. Автор считал, что изучаемая группа испытуемых страдала синдромом, который он же и назвал «ранним детским аутизмом» [10, с. 15].

Позднее в статье «Ранний детский аутизм: 1943–1955» Лео Каннер выделил основные критерии, характеризующие и описывающие состояние аутизма в его «классической» форме, которые до сих пор широко используются в международных классификациях [8, 9]:

- ✓ полное отсутствие аффективного контакта с другими людьми;
- ✓ настойчивое стремление к сохранению однообразия в окружающей обстановке и в повседневных действиях;

- ✓ привязанность к предметам, постоянное вертление их в руках;
- ✓ мутизм, или речь, не предназначенная для коммуникации;
- ✓ хороший познавательный потенциал, проявляющийся в прекрасной механической памяти при выполнении проверочных тестов [10, с. 22].

Эти критерии и до настоящего времени являются ориентирами при составлении многих опросников и диагностик по проблеме аутизма [22, с. 309].

В 1944 году австрийский педиатр Ганс Аспергер описал состояние аномального поведения группы подростков, при котором «аутистическое поведение сочеталось с хорошими способностями в отдельных областях знаний, искусства, которому были свойственны особое по-своему «творческое» отношение к языку, отсутствие юмора, неспособность сохранять дистанцию в отношениях с другими людьми, нарушения в двигательной (моторной) сфере и сфере влечений» [11, с. 24]. Он назвал такое нарушение «аутистической психопатией».

По сути, оба исследователя, и Каннер, и Аспергер, описывали одно и то же состояние. Отличие в описании данного нарушения состояло лишь в том, что Аспергер не выявлял явных аномалий в развитии речи и понимании языка. Исследователи тогда уже отмечали, что выраженность отдельных признаков аутизма может сильно различаться. В настоящее время «Синдром Каннера» в основном применяется по отношению к низкофункциональным детям с аутизмом, а «Синдром Аспергера» – к высокофункциональным аутистам. Чаще всего в научной литературе данное нарушение классифицируется на основании такого критерия, как уровень интеллекта. Однако сегодня интеллектуальная недостаточность не является критерием постановки данного нарушения.

Рассматривая «аутизм» с исторической точки зрения становления представлений об изучаемой проблеме, исследователь С. А. Морозов подчеркивает, что «в настоящее время признано, что именно такую патологию впервые все же описала Г. Е. Сухарева в 1926 году» [11, с. 24]. Эта научная статья в то время осталась незамеченной, поэтому считается, что в России впервые аутистическое расстройство было описано психиатром С.С. Мнухиным в 1947 г. Автор описывал аутистическую симптоматику в связи с органическим поражением головного мозга у детей.

Итак, следует отметить, что проблема аутизма рассматривалась первоначально как медицинская, в русле явлений шизофренического круга [12, с. 393]. Однако Г. Е. Сухарева еще в 1955 году отмечала, что при лечении аномалии развития в детском возрасте помимо медикаментозной терапии ребенок нуждается в коррекционно-педагогической работе. В связи с этим, аутизм стал рассматриваться как один из видов нарушения психического развития, требующего не только медикаментозного лечения, но, прежде всего, психолого-педагогической коррекции.

В 80-х годах XX века английский психиатр Лорна Винг, учитывая «характеристики Каннера» и согласно результатам своих собственных исследований при определении и диагностике аутизма выделила главные его признаки, с которыми многие авторы согласны и сегодня – это так называемая «триада Винг»:

- ✓ качественные нарушения в сфере социального взаимодействия, включающие нарушения в сфере вербальной и невербальной коммуникации;
- ✓ нарушения процессов символизации (воображения);
- ✓ ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности [13, с. 20].

Следует отметить, что необходимо рассматривать все три симптома указанных нарушений только в тесной взаимосвязи друг с другом. В то же время, существенным является первоначально описание (с теоретической точки зрения) и исследование (в клинко-психологической практике) симптомов, входящих в «триаду» нарушений более подробно. Необходимо также изучить основные виды нарушений в клинко- психологической структуре ребенка с аутизмом и РАС, которые влияют на его обучение и воспитание. Обязательно также следует учитывать эти особенности при построении всего психо-социально-педагогического коррекционного процесса.

### **Психологические особенности аутичного ребенка**

Основными признаками РАС и аутизма являются нарушения в сфере социального взаимодействия, включающие качественные нарушения в сфере вербальной и невербальной коммуникации.

Искаженность развития у аутичных детей может проявляться в парадоксальном сочетании развития мыслительных операций и на их основе односторонних способностей (математических, конструктивных и др.) и интересов, опережающих возрастные нормы, но в то же время и в несостоятельности в практической жизни, в усвоении обыденных навыков, способов действий и в сложности коммуникации с окружающими.

Следующим ведущим признаком является «аутистическое одиночество» – отчужденность, трудность социального взаимодействия, нарушение способности к установлению эмоционального контакта с другими людьми, недостаток коммуникации. Аутизм проявляется в отсутствии или значительном снижении контактов, «уходе» в свой внутренний мир.

Отсутствие контактов наблюдается как по отношению к близким, так и к сверстникам. Аутичный ребенок, где бы он ни находился, ведет себя так, как будто он находится один. Он тщательно скрывает свой внутренний мир от окружающих. Это относится к первому признаку (по Л. Каннеру) в структуре раннего аутизма – как предельное (экстремальное) одиночество ребенка, формирующее нарушение его социального развития вне связи с уровнем интеллектуального развития.

Социальное поведение ребенка с аутизмом и РАС, зачастую характеризуемое как автономное, иногда приобретает черты ритуального поведения. «Ритуалы» порой могут достигать значительной степени сложности. Можно предположить, что при проявлении «ритуала» сочетаются «стереотипия» (о которой у нас речь пойдет ниже) и «аутические страхи», деформирующие предметность восприятия окружающего мира.

Стереотипия детей аутистического спектра – это один из способов справиться с проблемой коммуникации с окружающим миром. Ребёнок, стимулируя себя стереотипными движениями, совершает своего рода ритуалы, которые помогают ему справляться со страхами. Адаптивные стереотипные движения, в свою очередь, также связаны со стимуляцией органов чувств, психических функций ввиду недоразвития системы аффективной организации сознания. То есть ребёнок, испытывая трудности в коммуникации и мысленном решении проблемы, совершая ритуалы и стереотипные движения, достигает, таким образом, иллюзии субъективного контроля проблемы. Такое поведение ребёнка с РАС подкрепляется стимуляцией органов чувств, что позволяет ему успокоиться, избегая контакта с окружающими, и оставаться в «коконе» своего уютного мирка. В данном случае проявляется второй признак (по Л. Каннеру) – стремление к постоянству, проявляемое в виде стереотипных занятий, сверхпристрастия к различным объектам как сопротивление изменениям в окружающем его мире.

У детей с аутизмом предметно-действенное общение со взрослым не развивается. Большинство детей с аутистическим расстройством игнорируют присутствие взрослого при его активной коммуникативной инициативе, устремляя нередко взгляд «сквозь» взрослого, не умеют использовать зрительный контакт для коммуникации. Во внешнем их облике часто обращает на себя внимание особый взгляд, или взгляд, обращенный в пустоту или сквозь собеседника, и тому подобное.

Такие дети, порой очень чувствительные в отношении себя, оказываются совершенно нечувствительными в отношении к другим людям. Дети с аутизмом испытывают нарушения в аффективной сфере, им сложно различать собственные эмоции и эмоции других людей. Ввиду таких затруднений ребенок с аутизмом не приобретает необходимого социального опыта. Аффективные нарушения, наблюдаемые у детей с аутизмом, приводят к неполноценности когнитивных структур, необходимых для нормального общения.

В поведении такого ребенка часто доминируют разнонаправленные аффекты, влечения, отсутствует единство и внутренняя логика переживания событий и понимания явлений. Его отношения с детьми выстраиваются достаточно сложно (обычно сложнее, чем со взрослыми), хотя самым большим заблуждением считается, что у него снижена потребность в общении. Она не снижена – она специфична, поскольку ребенок не улавливает социальных и эмоциональных контекстов происходящего, не понимает подтекста и юмора, затрудняется не только инициация взаимодействия, но и его поддержание. Он крайне невыносим в контакте. Его высказывания могут быть слишком прямолинейны. Он не умеет лукавить и что-то скрывать, проявляет значительную социальную наивность и

все это, в свою очередь, усложняет процесс коммуникации с детьми и со взрослыми.

Развитие психики ребенка зависит от его взаимодействия с внешним миром и с его родителями, а также со специалистами мультидисциплинарной команды. Известно, что в становлении психики важная роль отводится взаимоотношению «действие и речь». Хотя действенный анализ и синтез предшествуют развитию словесного способа познания в формировании правильных и осмысленных представлений как факта необходимого непосредственного участия речи и речевого смысла.

Коммуникативные же нарушения при детском аутизме специфическим образом отражаются в речи. Произнесенные впервые слова зачастую не типичны для ребенка, первые фразы как бы «выскакивают» в эмоциональном состоянии и могут затем больше никогда не повториться. Немалая часть аутичных детей вообще не пользуется речью, используя вокализацию, абрисы слов. Это третий признак (по Л. Каннеру) – особая характерная задержка и нарушение развития речи, вне связи с уровнем интеллектуального развития ребенка [16, с. 219].

Обращают на себя внимание особенности моторики. Начав ходить, ребенок еще долго сохраняет неуклюжесть движений, кроме того, возникает трудность в овладении бегом, прыжками. Моторика угловатая, движения неритмичные, а в случаях дискомфорта, тревоги, неопределенности могут возникать различные стереотипные движения, отмечаются однообразные действия: раскачивания; взмахи руками; ходьба на цыпочках; бег по кругу; перебирание пальцами у себя перед глазами; пристрастие к необычным предметам (к веревочке, соломинке, к тюбику зубной пасты и т.д.).

Стереотипизация движений проявляется также и в столь важной характеристике психического развития, как предметно-манипулятивная деятельность, т.е. ребенок беспрестанно манипулирует одним и тем же предметом – постукивает, кидает, открывает/закрывает. Проявляет стойкий интерес к отдельным сторонам предметов (обнюхивание или облизывание, постоянное ощупывание различных поверхностей). Обобщая результаты исследований и многочисленные классификации стереотипий, их можно разделить по следующим причинам их проявления [14, с. 13; 15, с. 150; 17, с. 278]:

✓ Возникающие вследствие нарушения процессов развития нервной системы. Примитивные движения, свойственные развитию на ранних этапах онтогенеза, как бы «застревают», остаются на продолжительное время, возможно, и на всю жизнь.

✓ «Стереотипии в рамках кататонического синдрома. Их основными отличиями являются повышенный и пластичный мышечный тонус, характерная динамика развития, диссоциированный характер расстройств (кататоническое возбуждение и кататонический ступор)» [11, с. 91].

✓ Стереотипии, выполняющие компенсаторную функцию, направленные на повышение психического тонуса через аутоstimуляцию и связанные с особыми интересами и пристрастиями ребенка.

✓ Стереотипии, усиливающиеся в условиях дискомфорта (сенсорного, моторного) и исчезающие при устранении причины дискомфорта.

Анализ зарубежной и отечественной психологической литературы последнего десятилетия свидетельствует, что психолого-коррекционный процесс необходимо начинать именно с установления взаимодействия, эмоционального контакта, элементарной коммуникации – взаимодействия в паре. Эти рекомендации основаны также и на принципе «экстракортикальной организации психических процессов»

(с помощью орудий, знаков и прежде всего языка), сформулированном Львом Семеновичем Выготским. На основе изучения различных форм психической деятельности ему удалось обозначить такие основные положения:

✓ о развитии высших психических функций;

✓ о смысловом и системном строении сознания (Л. С. Выготский, 1956).

Нарушения процессов символизации (воображения) являются вторым диагностическим критерием аутизма и РАС. Аутичный ребенок не может ставить себя на место другого, не может понять, что чувствует другой человек. Дети с признаками аутизма и диссоциации психического развития ни на одном возрастном этапе не играют со сверстниками в сюжетные игры, не принимают социальных ролей и не воспроизводят в играх ситуации, отражающие реальные жизненные отношения: профессиональные, семейные и др.

Недостаточная социальная направленность, порождаемая аутизмом, у подобных детей проявляется в отсутствии интереса не только к ролевым играм, но и к просмотру кинофильмов и телепередач, отражающих межличностные отношения. Между тем игровая деятельность существенно влияет на психическое развитие ребенка.

Важным условием формирования навыков игры является способность к воображению. Воображение – это умение представлять себе ситуацию, которая в данный момент в реальности не существует. При высокофункциональном аутизме и соответствующем обучении дети способны обучиться различным игровым действиям, и это очень существенная часть обучающих программ, поскольку через игру ребенка-аутиста можно научить правилам поведения и навыкам адекватного общения.

По характеру и содержанию увлечений этих детей и их отношению к действительности можно выделить две группы:

- ✓ оторванность от действительности (сочинение бессмысленных стихов, «чтение» книг на непонятном языке;
- ✓ связанность с определенными сторонами действительности, направленную на продуктивную деятельность (интерес к математике, языкам, шахматам, музыке), что может привести к развитию способностей, но способностей узконаправленных, односторонних (18, с. 117).

Как ранее отмечалось, главные симптомы аутизма встречаются совместно не случайно, то есть аутизм – это, прежде всего, синдром. Поскольку этиология, патогенез, нозология данного расстройства до сих пор не выяснены, то данные симптомы определяются только на основании поведенческих характеристик, а за похожим поведением могут скрываться разные причины и механизмы их развития.

Практически для всех таких детей характерна неравномерность (асинхронность) созревания и развития психических сфер – когнитивной, включая моторную и речевую, эмоциональной и волевой.

Согласно классификации дизонтогенеза, детский аутизм является моделью искаженного психического развития. Прежде всего это говорит нам о том, что одни психические функции развиваются замедленно, а другие ускоренно. Отмечается так называемая «асинхрония развития». Например, развитие речи нередко обгоняет развитие моторики, «абстрактное» мышление опережает развитие наглядно-действенного и наглядно-образного.

Исследователь С. А. Морозов считает, что асинхрония развития – это ведущий механизм психического дизонтогенеза при РАС. Автор также подчеркивает, что в данное нарушение вовлекается широкий спектр функций, тем самым обозначая его «первазивностью». Под термином первазивный (от лат. «pervasio» – всепроникающий, всеохватывающий) понимается, что нарушения захватывают не только все психические функции, но и организм в целом, включая нервную систему и, по видимому, многие соматические системы [11, с. 22].

И когнитивные, и аффективные нарушения являются определяющими. При проведении психолого-коррекционной работы, особенно до её начала, в центре внимания должны находиться интересы ребенка, уровень сформированности произвольной регуляции поведения, и в первую очередь регуляции, связанной с ориентацией на других людей и на социальные мотивы. «Детский аутизм, – как отмечает С. А. Морозов, – это искаженный вариант первазивного нарушения развития, связанный с дефицитом базальной потребности в общении, вследствие патологии, прежде всего эмоциональной и интеллектуальной сфер психики» [11, с. 21]. Тем самым психологическая диагностика таких детей ни в коей мере не должна сводиться к оценке их умственных способностей.

Для того чтобы отразить разнообразие и неоднозначность, а зачастую и парадоксальность типичных проявлений детского аутизма, Лорна Винг в 1976 году ввела термин «расстройства аутистического спектра» [19-21]. Позднее В. В. Лебединский (1985; 2003) сформулировал целостную концепцию, заключающуюся в том, что природа основного нарушения в структуре расстройств аутистического спектра состоит в нарушении общего, в том числе психического тонуса.

Основными проявлениями недостаточности тонических процессов при аутизме считаются:

- ✓ быстрая пресыщаемость – механизм, ограничивающий взаимодействие с окружающей действительностью и любую деятельность;
- ✓ трудная переключаемость, ригидность тонических процессов.

Современные исследователи-нейрофизиологи, психологи и мультидисциплинарная команда специалистов считают, что у детей с расстройствами аутистического спектра и аутизмом первичными являются нарушения в когнитивной сфере, всех познавательных процессов, и как следствие – формирование синдрома аутизма как ухода от реальности.

Следует также выделить особенности регуляционно-волевых процессов при аутистических расстройствах (АР) и аутизме. Это проявляется «в отсутствии целенаправленных действий при ролевом поведении до сконцентрированности на специализированных видах деятельности, требующих высокого уровня планирования, самоконтроля и др.» [11, с. 87].

Недостаточность самоконтроля, сдерживающих начал вследствие врожденного, генетически обусловленного недоразвития лобных отделов мозга, ответственных за функции контроля, снижают волевое сосредоточение у детей с аутизмом и к их особенностям регуляционно-волевых процессов. А именно: нарушение способности к подражанию, именно к произвольному, что создает значительные трудности в обучении.

Обучению имитации уделяется много внимания на начальных этапах коррекции, например – вербальному поведению в прикладном анализе поведения. Особенности памяти у детей с аутизмом и РАС (если нет органического поражения ЦНС), характеризуются именно хорошей зрительной памятью, однако часто без выделения главного, то есть ребенок фиксирует все детали окружающих предметов, но не людей. Человеческое лицо бывает сверхсильным раздражителем, отсюда избегание взгляда, прямого зрительного контакта. Отдельные события не выстраиваются в цепочки, и всё это приводит к тому, что у них не формируется навык взаимодействия и так называемый «социальный опыт». Особенности эмоциональной сферы при аутизме накладывают также отпечаток на поведение ребенка. На конфликтную ситуацию такие дети, как правило, реагируют криком, агрессивными действиями либо занимают пассивно-оборонительную позицию.

При аутизме очень часто отмечается нарушение внимания, и многие исследователи приходят к выводу, что в значительной части случаев (до 20%) аутизм сочетается с синдромом дефицита внимания и гиперактивности [11, с. 96]. Многие отечественные и зарубежные специалисты по реабилитации и обучению, клиницисты, психологи считают, что АР имеют общие признаки, характеристики, симптомы нарушений, рассмотренные нами выше, но различное происхождение.

С аутизмом могут связываться или сочетаться другие состояния: когнитивные затруднения, синдром ломкой X-хромосомы, эпилептические расстройства, психические заболевания, синдром гиперактивности и дефицита внимания, тревога, депрессия и обсессивно-компульсивные расстройства. Безусловно, действие различных патологических агентов вносит индивидуальные черты в картину синдрома.

В настоящее время большинство исследователей полагают, что ранний детский аутизм является следствием особой патологии, в основе которой лежит недостаточность развития центральной нервной системы. Эта недостаточность может быть вызвана широким кругом причин: врожденной аномальной конституцией, врожденными обменными нарушениями, органическим поражением центральной нервной системы в результате патологии беременности и родов. Действие различных патологических агентов вносит индивидуальные черты в картину синдрома раннего детского аутизма. Он может быть осложнен нарушениями умственного развития различной степени, более или менее грубым нарушением развития речи. В разных случаях аутизм может быть обусловлен эмоциональными расстройствами и проблемой общения, тем самым могут иметь место различные поведенческие оттенки. Несмотря на типичность базовых проявлений нарушений у детей с РАС (проблемы коммуникации, взаимодействия, познавательной сферы), степень их выраженности – двигательная сфера и навык выполнения деятельности, может значительно различаться.

### **Выводы**

Ушинский К. Д. подчеркивал, что влияние личности специалиста или воспитателя на молодую душу составляет ту воспитательную силу, которую нельзя заменить ни учебниками, ни моральными сентенциями, ни системой наказаний и поощрений. Выраженность описанных проявлений у разных детей различна и зависит от некоторых нюансов: варианта аутистических расстройств; всего предшествующего жизненного опыта; особенностей воспитания в семье.

В основе формирования и развития психики ребенка лежит разнообразная деятельность, взаимодействие с внешним миром и прежде всего – с окружающими взрослыми.

В целом, развитие психических сфер отличается значительной неравномерностью, невозможностью соотнесения с паспортным возрастом. Психические функции – внимание, память, мышление, восприятие, воображение – развиваются неравномерно, своеобразно, искаженно.

Особенно важная роль в психическом развитии ребенка принадлежит речи, причем не только в развитии высших форм логического мышления, но и в формировании восприятия мира в целом. В этой связи даже легкие, парциальные нарушения интеллектуальных функций, асинхрония в их формировании вероятнее всего будут затруднять процесс обучения ребенка и требовать специальных мер коррекции, трудноосуществимых в условиях инклюзивной школы.

Симптоматика аутистического расстройства отличается многообразием характеристик, непосредственно диагностика данного нарушения сложна и многообразна по своей структуре. В связи с этим, коррекция искаженного развития требует особого индивидуального подхода, специально разработанной коррекционной программы, предназначенной для каждого конкретного ребенка, исходя из его диагноза, анамнеза, тестирования и наблюдения.

Психокоррекционная работа должна быть направлена на следующие аспекты:

- ✓ коррекцию стереотипных движений, постепенное снижение и/ или переключение на другие движения, техники, стимулирующие работу головного мозга, для развития аффективной надслойки психики. Это позволит, в идеале, переключать ребёнка с субъективного контроля поведения на действительное решение повседневных задач, на выход из зоны воображаемого комфорта в мир реальный и адаптацию к реальному миру и социуму;

- ✓ развитие эмоционального интеллекта, то есть на развитие возможности распознавать собственные эмоции, эмоции других людей; способность реагировать на негативные эмоции, способность выражать позитивные и негативные эмоции, использовать эмоции в коммуникации, понимать жизненные ситуации и уметь анализировать своё место в сложных социальных связях;

- ✓ разработку индивидуально подобранной программы по развитию речи, основанной на уровне развития каждого конкретного ребёнка;

- ✓ проработку страхов, связанных с общением, чужими людьми, общественными местами и т.д. Поведенческая терапия должна быть направлена на поэтапное преодоление страхов, подкрепление успехов в терапии, научение и запоминание позитивного опыта ребенка.

В условиях индивидуального подхода, а также работы мультидисциплинарной команды специалистов, у детей с аутистическим расстройством появляется возможность лояльного включения их в социальную жизнь, способность научиться выстраивать межличностные социальные связи, осваивать навыки коммуникации, что в дальнейшем будет способствовать возможности обучения в высшем учебном заведении, а также возможности построения карьеры и личной жизни.

### Литература:

1. Convenția Internațională nr. 52 din 20.11.1989 cu privire la drepturile copilului. În: *Tratate Internaționale, ONU*, 1989.
2. *Codul Educației al Republicii Moldova*, nr. 152 din 17.07.2014. <http://lex.justice.md/md/355156/> (accesat la 23.01.23).
3. *Declarația de la Salamanca* din 10.06.1994. UNESCO. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 944 din 14.11.2014 pentru aprobarea Strategiei de dezvoltare a educației pentru anii 2014-2020 „Educația-2020”. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 21.11.2014, nr. 345-351 (1014), 84 p. ISSN 2587-3911.
4. ВЫГОТСКИЙ, Л.С. *Основы дефектологии*. Москва: Педагогика, 1983, 368 с.
5. БОГДАШИНА, О. *Аутизм: определение и диагностика*. Донецк: Лебедь, 1999, 124 с.
6. ПЯТНИЦКИЙ, Н. Латентная и простые формы шизофрении в концепции Е. Bleuler. В: *Журнал неврологии и психиатрии*, 2017, том 12, с. 57-66. <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2017/12/downloads/ru1199772982017121057> (accesat la 27.01.23).
7. *Общие расстройства психологического характера*. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр. <https://mkb-10.com/index.php?pid=4412> (accesat la 29.01.23).



8. World Health Organization. *Classification of diseases (ICD)*. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>. (accesat la 29.01.23).
9. БАШИНА, В. М. *Аутизм в детстве*. Москва: Медицина, 1999, 240 с.
10. МОРОЗОВ, С. А. *Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра: Учебно-методическое пособие для слушателей системы повышения квалификации и профессиональной подготовки работников образования*. Москва: Добрый век, 2014, 448 с.
11. СУХАРЕВА, Г. Е. *Клинические лекции по психиатрии детского возраста, т. 1*. Москва: Медгиз, 1955, 448 с.
12. МОРОЗОВ, С. А. *Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра: Учебно-методическое пособие для слушателей системы повышения квалификации и профессиональной подготовки работников образования*. Москва: Добрый век, 2014, 448 с.
13. МОРОЗОВ, С. А. *Проблемы современной концепции аутизма*. Материалы Международной научно-практической конференции «Аутизм. Выбор маршрута». Москва, 2014, с. 13-14.
14. DOMINICK, K; DAVIS, N; LAINHART, J. et al. Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment. In: *Res. Dev. Disabil*, 2007, no. 28(2), p. 145-162.
15. KANNER, L. Autistic disturbance of affective contact. In: *Nervous Child*, 1943, no. 2, p. 217-250.
16. MARKON, K. Modeling psychopathology structure: a symptom-level analysis of axis I and II disorders. In: *Psychology Medicine*, 2010, no. 40, p. 273-88.
17. АСТАПОВ, В. М. *Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии*. Москва: Международная педагогическая академия, 1994, 216 с.
18. WING, L. Language, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation. In: *Journal of Autism Developmental disorder*, 1981, no. 11, p. 31-33.
19. WING, L. *Syndromes of Autism and atypical development*. N.Y: John Wiley and sons, 1987, p. 3-19.
20. VOLKMAR, STATE, M., KLIN, A. Autism and autism spectrum disorders: diagnostic issues for the coming decade. In: *J. Child. Psychol. Psychiatry*, 2009, no. 50(1-2), p. 108-115.
21. REED, G.M., SHARAN, P., REBELLO, T.J. et al. Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. In: *World Psychiatry*, 2018, no. 17, p. 306-315.

**Данные об авторах:**

**Людмила АНЦИБОР**, доктор хабилитат психологии, профессор, Департамент Психологии, Молдавский государственный университет.

**E-mail:** mantsibor@mail.ru

**ORCID:** 0000-0003-0623-9234

**Мария ГУРКОВА**, аспирант, Департамент Психологии, Молдавский государственный университет.

**E-mail:** maria.gurcova@gmail.com

**ORCID:** 0000-0002-8087-4546

Prezentat la 28.02.2023