
Из книги А.П. Чуприкова, Г.М. Хворовой «Расстройства спектра аутизма: медицинская и психолого- педагогическая помощь»*

О книге

Уважаемые читатели!

Поскольку этот журнал открывают люди, тем или иным образом причастные к коррекции детского аутизма, то надеюсь, что наша книга (мой соавтор – кандидат педагогических наук Анна Хворова) или хотя бы ее отдельные разделы могут заинтересовать.

Я подключился к данной проблеме сравнительно поздно – в начале 90-х годов. Встречи с обеспокоенными родителями, наблюдения за необычным поведением детей, изучение отечественного и зарубежного опыта помощи вынудили сосредоточиться на ней, отодвинув в сторону другие, менее актуальные темы.

Сегодняшняя ситуация в этой области поражает своей хаотичностью, разно-



* Книга А.П. Чуприкова, А.М. Хворовой «Расстройства спектра аутизма: медицинская и психолого-педагогическая помощь» вышла на украинском языке во Львове в 2012 г. (А.П. Chuprikov, А.М. Hvorova. Disorders related to the range of autism: medical, psychological and pedagogical support). С любезного согласия авторов редакция публикует перевод глав 5 и 6, в написании которых принимал участие Я.Т. Багрий.

образом подходов и взаимным недовольством участников процесса: родителей, врачей, педагогов, логопедов, ученых.

Родители рассказывают о своем недовольстве лечением на форумах в Интернете, высказывая упреки в адрес специалистов, превративших ребенка в «овощ». К слову, видимо менталитет нашего общества таков, что родители, довольные итогами труда специалистов, как правило, молчат. Возможно, потому, что успехи в продвижении ребенка к относительно приемлемому психическому здоровью медленны и не столь ярки, как неожиданные ухудшения. Первая категория родителей пополняет ряды так называемых антипсихиатров, избегающих медицинской помощи даже тогда, когда она необходима.

Словом, приходится констатировать изоляцию различных групп людей, занятых решением этих вопросов, друг от друга. Это я вижу как в России, где бываю достаточно часто, так и в Украине, где нахожусь в гуще событий. Только что в Киеве известный политик с экрана телевизора заявил на всю страну буквально следующее: «Хватит травить наших детей химическими веществами» (речь идет о детях с отклонениями в развитии). То есть порой люди, не причастные к медицине, пытаются навязать свое малокомпетентное мнение всему народу.

Нашей книгой, написанной мной, детским психиатром и коррекционным педагогом, и матерью молодого человека, имевшего в детстве диагноз аутизм, мы пытаемся продемонстрировать, что никаких серьезных противоречий между разными видами помощи нет. Более того, разные виды могут с разумной осторожностью

применяться у одного и того же ребенка. В вышедшей в 2013 году в Москве книге под редакцией Н.В. Симашковой* также утверждается мультивариантность помощи детям с аутизмом, когда уместны как программы лечебной педагогики (АВА и другие), так и адекватная нейропсихическому состоянию ребенка фармакотерапия.

Актуальным для постсоветских стран является вопрос: кто будет лечить детей с отклонениями в развитии. Программы утверждения семейной и ограничения узкоспециализированной медицины уже приводят к тому, что детские психиатры становятся вымирающим видом, их пора заносить в Красную книгу. Все чаще детей с проблемами развития психики и поведения консультируют «взрослые» психиатры, назначающие детям привычные для их практики дозы лекарственных средств. Вот откуда может произрастать недовольство родителей состоянием их детей.

Оптимальным может быть создание в наших странах как центров, так и междисциплинарных институтов помощи детям с аутизмом, где наравне с медицинскими специалистами были бы представлены и коррекционные педагоги, и психологи, и логопеды, и физиотерапевты, и кинезитерапевты, и наконец, ученые. Сочетание различных видов коррекции и медицины в одном учреждении, как показывает практика, ускоряет развитие коммуникации и социализацию детей и взрослых. Наши правительства уже сегодня должны думать, как их финансировать. Аутизм – проблема человечества – накатывается и на Россию, и на Украину. Надо решать сегодня, завтра будет поздно.

А.П. Чуприков, декабрь 2013 г.

* Расстройства аутистического спектра у детей. Под ред. Симашковой Н.В. М.: Авторская академия, 2013.

А.П. Чуприков
доктор медицинских наук,
профессор, Заслуженный деятель науки и техники Украины,
профессор кафедры детской, социальной и судебной
психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика,
Директор Киевского городского Центра «Психическое здоровье
детей и подростков» при КГКПНБ № 1
E-mail: chuprikov@mail.ru

Парааутизм – психогенная форма аутизма

Приведена актуальная и научно-практическая информация о парааутизме как функциональном и обратимом в раннем возрасте нарушении психического развития депривационного генеза. Отмечается сходство аутизма типа РДА с некоторыми формами парааутизма. Сделан вывод о том, что в возникновении парааутизма фактор среды играет основную роль. Подчеркивается важность коррекционных мероприятий.

Ключевые слова: расстройства спектра аутизма, парааутизм, психогенный аутизм, расстройство привязанностей, психическая депривация, госпитализм.

Приставка – пара – (с греческого – рядом, около, при) подчеркивает отличие парааутизма от истинного аутизма как клинического состояния. Клиническая картина парааутизма напоминает эндогенный аутизм, но он имеет другую природу. В 1960-1970-х годах ведущие психологи и психоаналитики, изучавшие психическое развитие детей в раннем возрасте, Дж. Боулби, П. Липтон, М. Ансворз, А. Фрейд, Р. Спизц описали явление госпитализма с нарушением общения у детей из приютов. Их выводы были подтверждены современными данными психологии и нейрофизиологии в работах В.С. Мухиной, А. С. Батуева и других.

В 1980-е годы детские психиатры В.Е. Каган, В.В. Ковалев описали психогенный аутизм как симптомокомплекс, основным клиническим проявлением которого было также искажение функции общения в виде обеднения или полного отказа от коммуникаций, ухода в себя. Возникновение данной психической патологии связывалось с травмирующими психосоциальными факторами.

В.Е. Каган ввел и другое понятие для обозначения подобных нарушений,

назвав их «парааутистические невротические реакции у детей раннего возраста в связи с недостаточностью детско-материнского взаимодействия». Эти проявления, по мнению автора, склонны к фиксации и переходу в личностные девиации.

Г.В. Козловская, Л.М. Барденштейн, В.Ф. Матвеев обнаружили симптомы псевдоаутистического поведения у детей с сенсорными дефектами, у слепых и глухих. Электрофизиолог и нейропсихолог Т.А. Строганова отметила сходство изменений биопотенциалов мозга у детей с синдромом Каннера и у слепых детей.

В начале 1990-х годов группа исследователей НЦПЗ РАМН (Г.В. Козловская, М.Е. Проселкова), изучая психическое здоровье детей-сирот раннего возраста, которые с раннего детства находятся в условиях детского приюта, описали подобные состояния нарушений общения, предложив новый термин для их обозначения – депривационный парааутизм как более соответствующий клиническому содержанию данного симптомокомплекса. **Парааутизм** – это нарушение формирования коммуникативных функций, возникающее при различных фор-

мах психической депривации у детей в раннем онтогенезе.

Сам термин «депривация» означает недостаточность наличия того или иного фактора, лишение его. Психическая депривация – это недостаточность стимуляции чисто психических функций человека. Наиболее известны следующие формы психической депривации:

- эмоциональная депривация, или скрытое сиротство, в семье при искажении функционирования психобиологической системы «мать-ребенок»;
- социальная депривация, или истинное сиротство: брошенные дети, беспризорники;
- сенсорная депривация – слепота, глухота, гипокинезия, например, в случае детского церебрального паралича и др.;
- когнитивная изоляция/депривация (информационный голод) – дети, воспитанные животными («дети-маугли»), или при минимальном общении (например, безмолвном, безтактильном и др.); перманентное физическое насилие в семье и др.

Важным фактом является вывод, что парааутизм – функциональное и обратимое нарушение психического развития депривационного генеза. При нормализации условий воспитания детей до трехлетнего возраста симптомы парааутизма могут редуцироваться. В более позднем возрасте это расстройство, как и другие депривационные нарушения, с трудом поддается коррекции и/или сближается с проявлениями истинного аутизма, или переходит в патологическое формирование личности.

Клинический парааутизм и эндогенный аутизм. Несмотря на определенные различия состояний парааутизма, возникающие при различных формах психической депривации, большего внимания заслуживает их сходство не только между собой, но, что особенно важно, с истинным аутизмом типа РДА.

Особые дети – особый взгляд на мир



В случаях РДА и парааутизма одним из главных проявлений является нарушение, обеднение или даже полная блокада коммуникативных функций с большей или меньшей степенью выраженности. Данный факт объясняется, очевидно, некоторыми общими механизмами возникновения таких нарушений.

В Международной классификации болезней МКБ-10 нет диагноза, который соответствует клинической картине психогенного аутизма (парааутизма) или экзогенного аутизма. Относительно похожее состояние обозначено рубрикой «реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте». Последнее характеризуется эмоциональными нарушениями и стойкими расстройствами социальных взаимодействий ребенка, будучи реакцией на изменение условий среды в первые пять лет жизни. К основным проявлениям этого состояния относятся: тревожность; робость и неспособность к дифференцированным социальным взаимодействиям; агрессия к себе и другим; слабость и диффузность эмоциональных связей в сочетании с навязчивой придирчивостью и неразборчивостью в общении, трудностью установления доверительных коммуникаций; прекращение физического развития.

Парааутизм и феномен расстройства привязанности. Как видно из приведенного перечня, два сравниваемых клинических феномена (парааутизм и реактивное расстройство привязанностей в детском возрасте) при их некотором сходстве являются, по сути, разными состояниями. В расстройстве привязанностей в детском возрасте основное место принадлежит нарушениям эмоционального развития в виде слабости эмоционального резонанса и недифференцированности эмоционального реагирования, в то время как состояние парааутизма характеризуется прежде всего нарушением функций общения.

Кроме того, парааутизм по структуре клинической картины более объемный и полиморфный, чем нарушение привязанностей, причем патология эмоциональной сферы входит в данный симптомокомплекс как сопутствующий, дополнительный компонент.

Но до сих пор остается открытым вопрос о первичности и приоритете функций – общение или эмоции, – которые лежат в основе феномена привязанности в раннем онтогенезе человека. Вполне закономерен вопрос – является ли парааутизм (или его аналог по МКБ-10 – расстройство привязанностей) нарушением социальных или эмоциональных психических функций? Ответ на него важен не только для дифференциально-диагностического анализа психического состояния ребенка, но и для разработки конкретных психопрофилактических и коррекционных мероприятий при выявлении парааутизма.

Приоритет социальных потребностей в раннем онтогенезе. Основоположники психиатрии раннего возраста (в отечественной терминологии – микропсихиатрии) – неврологи, педологи, психиатры и нейрофизиологи В.М. Бехтерев и его сподвижники: Н.М. Щелованов, Н.П. Фигурин, М.П. Денисова в начале XX века изложили концепцию раннего психического онтогенеза человека, ведущая роль в котором принадлежит, по их мнению, формированию и проявлению потребности производить впечатление или социальным потребностям в общении, – равноценной, а в ряде случаев и преобладающей над органическими потребностями в пище и тепле. Последние снимают отрицательные эмоциональные реакции у малыша и создают почву для положительных эмоций, которые возникают в ответ на удовлетворение социальных потребностей. Сами же только органические потребности не могут

заменить социально-эмоциональные потребности ребенка.

Позже эти положения развивали отечественные и зарубежные нейропсихологи и физиологи. Л.С. Выготский, П.В. Симонов, К.В. Судаков, П.К. Анохин, А.Н. Леонтьев, А. Фрейд и другие, подчеркивая приоритет положительных эмоций, которые создают условия для генерализованной интеграции психофизических функций организма, повышая тем самым общий жизненный тонус и психическую активность в виде первичной социальной активности ребенка.

В основе первичной социальной активности лежит один из базовых инстинктов – ориентировочный, который на первых же этапах онтогенеза трансформируется в рефлекс свободы, любознательности и сенсорного голода, которые составляют фундамент функции общения. Однако все это для своего воплощения требует также развития активного соучастия среды.

В ходе исследований М. Ериксона, Г. Липтона, Е. Ентони, В. Бразелтона и других в области детской психиатрии, педопсихиатрии и психологии обнаружилось новые данные о приоритете в раннем онтогенезе человека развития потребности в социальных взаимодействиях и эмоциональных связях. Начало их функционирования определяется, по мнению одних авторов, до первых трех месяцев жизни, по мнению других – до первых часов после рождения младенца, не отрицая в развитии человека факта импринтинга, или феномена фиксации, установленного в 24 часа после рождения у животных. Время наступления последнего, возможно, растянуто на первые месяцы жизни ребенка.

В эти критические периоды у ребенка начинают действовать «функциональные органы» – улыбка и плач, с помощью которых он устанавливает первые контакты с миром (с матерью или лицом, его заме-

няющим). Эти «функциональные органы» ребенка являются его врожденными свойствами, а, по мнению Л.С. Выготского и А.Н. Леонтьева, будучи прологами функции общения, – также и приобретенными социально-биологическими свойствами.

Из приведенных фундаментальных работ известно, что первичные наборы адаптивного поведения детского периода, возникшие в ответ на окружающую среду, настолько устойчивы, что производят впечатление наследственных, хотя таковыми не являются. Американский психолог С. Гринспин также приводит факты о значимости первичных контактов, которые устанавливаются в первые дни и недели жизни ребенка. Их особенности заключаются в том, что те или иные формы социализации, если они уже возникли, становятся малообратимыми. Кроме того, выявлено, что ребенок способен инициировать контакт со взрослым ограниченное число раз (5-6), после чего теряет интерес к этому действию, а затем и к общению. Поэтому очевидно, что нарушения первичной социализации, в основе которых лежит психическая депривация в той или иной форме, приводят к деформации психического развития ребенка, причем всех его психических, а в некоторых случаях, и физических функций, но с преобладанием нарушений в сфере общения.

Остается интересным факт значительно-го сходства аутизма типа РДА с некоторыми формами парааутизма. Сравним известные механизмы происхождения РДА с парааутизмом. Они разные по сути своего генеза – эндогенный спектр расстройств при РДА и экзогенный спектр (психогенного ряда) при парааутизме. Однако и при РДА, и при парааутизме присутствуют общие зоны воздействия повреждающего фактора (психической депривации) на подкорковые образования и третичную кору головного мозга. Можно предположить, что при РДА, в силу блокады сенсорных фильтров

(по данным Л. Эрленмеер-Кимлинг) и наличия чувствительной гиперпатии, аутистическое поведение формируется по защитному механизму. При этом, фронтальная и теменная области коры не получают необходимой стимуляции со стороны среды и поэтому задерживаются в развитии. При парааутизме тот же феномен наблюдается в результате экзогенного обеднения стимулирующей роли среды. Однако следует отметить, что, несмотря на сближение в некоторых своих клинических проявлениях, парааутизм и синдром РДА остаются принципиально различными состояниями по своей природе.

Парааутизм является обратимым состоянием, особенно при своевременном – до трехлетнего возраста ребенка – начале коррекционной работы. Однако и у более старших детей коррекционные мероприятия вызывают редукцию проявлений парааутизма.

Основное содержание коррекционной работы – это насыщение среды активизи-

рующими факторами: сенсорными, когнитивными, эмоциональными, со стимуляцией базисных психобиологических систем – психической активности, эмоционального резонанса или адекватного эмоционального ответа, когнитивной компетентности ребенка и др.

Из сказанного выше можно сделать следующий вывод: психогенный, депривационный, или экзогенный, аутизм (парааутизм) является расстройством в рамках нарушений раннего психического онтогенеза, где фактор среды играет основную роль в возникновении патологии.

Различные формы депривации являются пусковым механизмом для нарушений психического развития в форме парааутизма. Чем более ранним и массивным будет влияние депривационного фактора, тем более выраженными будут его последствия. В свою очередь, чем раньше по срокам начнется психокоррекционная работа, тем оптимистичнее будет прогноз при парааутизме.

Синдром Ретта

Описан механизм развития заболевания, доказательства генетической природы синдрома Ретта. Перечислены клинические признаки, диагностические критерии и особенности установления диагноза. В разделе «терапия» рекомендуются фармакотерапия, лечебная физкультура и психологические программы максимального развития для сохранения двигательных навыков.

Ключевые слова: синдром Ретта, умственная отсталость, регресс, X-сцепленный характер наследования, атаксия, апраксия.

Синдром Ретта – одно из самых распространенных заболеваний в ряду наследственных форм умственной отсталости у девочек, названное по имени Андреаса Ретта, австрийского педиатра, который впервые его описал.

В 1966 году Андреас Ретт сообщил о 31 девочке, у которых наблюдались регресс психического развития, аутичное поведение, потеря целенаправленных и появле-

ние особых стереотипных движений в виде «сжимания рук». Шведский исследователь В. Hagberg выделил синдром в самостоятельную нозологическую единицу и сформулировал его основные диагностические признаки (Hagberg, 1983).

В настоящее время накоплено достаточно доказательств генетической природы синдрома Ретта. Так, патология встречается почти исключительно у дево-