

## VI

**ЭКСПЕРИМЕНТ В ВОЗРАСТНОЙ  
И ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ****ДИАГНОСТИКА НЕВЕРБАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ У ДЕТЕЙ  
С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

*М. К. Бардышевская, Г. А. Ревуненкова*

МГУ им. М. В. Ломоносова, факультет психологии (Москва)  
*marinabard@yandex.ru*

В данной работе рассматриваются результаты качественного анализа видеозаписей наблюдения за невербальной коммуникацией детей 3–7 лет с расстройствами аутистического спектра в структурированных условиях диагностического исследования с определенным набором аффективных нагрузок. Особое внимание уделяется анализу в рамках уровневой модели эмоциональной регуляции динамики невербальной коммуникации ребенка за период обследования.

*Ключевые слова:* дети с расстройствами аутистического спектра, эмоциональная регуляция, невербальная коммуникация.

**Д**иагностика невербальной коммуникации необходима в клинико-психологической работе с детьми с расстройствами аутистического спектра, особенно с детьми раннего возраста и детьми с тотальным и избирательным мутизмом. Актуальным является создание типологии нарушений невербальной коммуникации у таких детей, которая может дополнить широко используемую специалистами типологию развития детей с расстройствами аутистического спектра, основанную на показателях развития речи и качественных особенностях общения ребенка с взрослым (соотношения показателей активности–реактивности; активного и пассивного избегания; полнота вовлечения в различные виды деятельности; продуктивность общения и совместной деятельности) (Wing, 1976; Вроно, Башина, 1987).

Целью данной работы было выделение дифференциально-диагностических и прогностически значимых параметров невербальной коммуникации детей с расстройствами аутистического спектра и построение пробной типологии расстройств невербальной коммуникации. В качестве основного использовался метод этологического наблюдения с дополнительными экспериментальными воздейст-

виями с целью аффективного тонизирования ребенка (по типу функциональной пробы).

Были проанализированы видеоматериалы 17 диагностических исследований детей в возрасте от 3 до 7 лет (12 мальчиков и 5 девочек). Диагнозы исследованных детей включали: ранний детский аутизм (6 мальчиков и 3 девочки), детский тип шизофрении (2 мальчика), шизоаффективный психоз (4 мальчика), умственную отсталость с расстройством личности в связи с эпилепсией (дифференциальный диагноз с шизофренией) (2 девочки).

Видеозаписи проводились в рамках практикума «Психология аномального развития ребенка» на базе 9 острого дошкольного отделения детской психиатрической больницы № 6 г. Москвы. Практикум представляет собой диагностическое занятие с элементами психотерапевтических воздействий, которое проводилось М. К. Бардышевой в присутствии студентов-психологов. Видеосъемка проводилась студенткой Г. А. Ревуненковой с разрешения заведующей отделения. Исследовались дети, госпитализирующиеся неоднократно, имеющие опыт участия в демонстрационных практических занятиях. Средняя продолжительность видеозаписи составила 50 минут. Исследование проводилось в игровой комнате в один и тот же день недели с 16 до 17 часов.

Помимо диагностики невербальной коммуникации производилась диагностика эмоциональной регуляции детей по методике Бардышевой, Лебединского (2003). В качестве типичных аффективных нагрузок использовались предъявление звуковых игрушек, бассейна с шариками, предложение свободной формы активности, угощения (конфетой), игры в мяч, катания на качелях, рисования карандашами на бумаге или мелками на доске, игры с куклой (кроме куклы, предлагаются игрушки для организации простого сюжета: кровать, одеяло, бутылочка, домик), пробы с зеркалом (большим и маленьким), игра с другим ребенком, т. е. такие виды активности, которые имеют умеренный тонизирующий эффект и обычно вызывают положительные эмоции у детей-дошкольников в норме.

Из всех возможных показателей невербальной коммуникации в качестве значимых были выделены следующие параметры: глазной контакт (избегание, неустойчивость, изолированное использование глазного контакта для аффективного воздействия на взрослого и управления им, боковой глазной контакт), тактильный контакт (избегание, ненасыщаемость, дозированный контакт, изолированное использование инструментального тактильного контакта для получения желаемого, регрессивные формы тактильного контакта – с обнюхиванием, «зарыванием» в теле взрослого); лицевая экспрессия (неясность выражения, асимметричность мимики, неустойчивость улыбки), жесты (вычурность, стереотипии, отвержение контакта, агрессивные), позы (вычурность, избегание, угроза, нарушения тонуса: чрезмерное напряжение, застывание либо «залипание» на руках у психолога, повторение контуров тела взрослого), вокализация (необычная интенсивность; регрессивные формы: гласные звуки, агуканье, лепет; вокализации, сходные с голосами животных), координация контактов разных модальностей, преобладание контактных или дистантных форм общения (Бардышевская, Лебединский, 2003). Эти параметры были выбраны на основе собственного многолетнего клинического (диагностического и психотерапевтического) опыта работы с детьми дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра, а также с учетом результатов исследований невербальной коммуникации в клинической психологии, детской психиатрии и этологии (Клинков, 1992; Лебединская, 1992).

Сравнивалась динамика невербальной коммуникации и эмоциональной регуляции в первой и второй половинах обследования. Предполагалось, что эта динамика имеет важное прогностическое значение, отражая возможное направление развития ребенка в более длительном периоде, своего рода зону ближайшего эмоционального развития. На динамику могут влиять следующие факторы: привыкание к новой обстановке, эмоциональное тонизирование ребенка, производимое в рамках практикума в виде пробных психотерапевтических воздействий, положительный или отрицательный опыт того, как ребенок справляется с аффективными нагрузками, качество опыта привязанности ребенка.

Был проведен качественный анализ паттернов и динамики невербальной коммуникации у детей с разной степенью нарушений эмоциональной регуляции, в результате которого были выделены следующие ее типы:

- 1 У детей с минимальной положительной динамикой за время обследования (3 мальчика и 1 девочка с диагнозом «ранний детский аутизм») отмечаются следующие особенности невербальной коммуникации: общее грубое недоразвитие невербальной коммуникации, недостаточность жестов и поз, способствующих приближению к другому человеку, доминирование избегания. При индивидуальной специфичности конкретных форм избегания характерными являются застывшие позы, замирание в сочетании с вычурной застывшей мимикой (например, взгляд на большой палец, зажатый в кулаке, в сочетании с резким криком на одной ноте). Отмечаются общее мышечное напряжение, аналогичное напряжению у новорожденного, оставленного без физической поддержки взрослого, залипание на теле взрослого при взятии на руки, неустойчивый глазной контакт, диспропорция в мимических выражениях верхней и нижней частей лица (при очень выразительном взгляде мимика нижней части лица стереотипна). Мимика несколько более развита, дифференцирована и подвижна, чем жесты и позы: за время обследования появляется улыбка в ответ на предъявление игрушек со звуковыми эффектами и собственного изображения в зеркале. Однако лицевая экспрессия при взаимодействии с неживыми объектами является более ясной, чем в общении с людьми. Выражение лица оживает при «пожирании» взглядом желаемого объекта (например, видеокамеры). При переносимости дозированного тактильного контакта с человеком (дотрагивание), ребенок предпочитает цепляться за аутистический объект. На большинство простых аффективных нагрузок ребенок реагирует дрожью во всем теле или замиранием. Мутизм и отсутствие символической активности, характерное для этих детей, можно объяснить почти полным отсутствием накопления хорошего опыта, необходимого для развития символизации, еще на уровне довербальных способов общения. Положительная динамика эмоционального состояния минимальна: к концу обследования дети произносят один–два слога, подражают одному–двум моторным действиям психолога, улыбаются.
- 2 У детей с умеренными нарушениями эмоциональной регуляции (2 мальчика с диагнозом «детский тип шизофрении») отмечается умеренная положительная динамика невербальной коммуникации в ходе обследования. Центральной особенностью невербальной коммуникации является борьба двух противоположных тенденций: общаться или уйти от общения, проявить себя или спрятать. Для этих детей характерна амбивалентность в мимике (асимметрия между мимикой правой и левой частей лица, зашумляющая, спутывающая лицевую

экспрессию), жестах и позах (поза со сложенными в замок руками), вокализации (избирательный мутизм проявляется в том, что дети издают звуки животных в больнице при доступности речевого общения в домашних условиях). Мимические проявления часто оторваны от актуальных аффективных нагрузок, сопровождают аутистические фантазии ребенка и игру, которую он организует по стереотипному сюжету, сопровождая шепотной аутистической речью. Характерно избегание своего отражения в зеркале. В ходе обследования общая амбивалентность невербальной коммуникации смягчается. Избирательный мутизм оказывается более устойчивым к терапевтическим воздействиям симптомом, чем особенности невербальной коммуникации.

- 3 Стремительная положительная динамика во всех видах невербальной коммуникации за короткий период обследования отмечается у детей с опытом сильной материнской депривации (2 девочки с диагнозом «ранний детский аутизм», 1 девочка с диагнозом «умственная отсталость легкой степени», расстройство личности в связи с эпилепсией (дифференциальный диагноз с шизофренией), 3 мальчика с диагнозом «ранний детский аутизм»). Избегание глазного и речевого контакта отмечается у этих детей только в первой части обследования. Пока ребенок привыкает к ситуации обследования, он замирает, считывая эмоциональные выражения присутствующих, ища безопасное место для себя (на руках у взрослого или на стульчике, с которым ребенок передвигается по комнате), при этом сохраняя способность к жестовому общению (использует жесты согласия – несогласия, просьбы). Избегание глазного контакта сходно с ранними формами избегания, наблюдающимися у младенцев при усталости: ребенок трет глазки, закрывает их руками, использует боковое зрение, смотрит через отверстие. Будучи взятым на руки, ребенок оттаивает, начинает говорить, улыбаться, проявляет инициативу в контакте: просит, чтобы его раскачивали, подбрасывали в воздух. Когда тактильный контакт с психологом прекращается, и ребенок должен адаптироваться к нагрузкам самостоятельно, то на простые аффективные нагрузки он дает более примитивные аффективно-выразительные ответы, чаще всего в виде стереотипных моторных разрядок (прыгает, машет руками), которые можно расценивать как эквиваленты бурной радости и недифференцированного возбуждения. Возможны автономные аффективные разряды в виде смеха и плача без соответствия актуальным аффективным нагрузкам. Неустойчивость глазного контакта сохраняется на всем протяжении обследования, однако к концу обследования возможны эпизоды полноценного глазного контакта в сочетании с речевым общением. Интонационные характеристики голосового общения у этих детей крайне чувствительны к аффективным нагрузкам: при дозированной эмоциональной стимуляции у ребенка появляется агуканье и лепет, но при усилении воздействия со стороны взрослого вокализация трансформируется в хрип и рычание. Характерны своеобразные редуцированные формы плача (всхлипывание, но отсутствие плача со слезами). Эти дети способны к простой символической игре, однако в ней сильно представлена опора на контактные признаки (дети грызут, облизывают, обнюхивают игрушки), что характерно для детей первых двух лет жизни в норме. Оральные действия с игрушками используются также как протест или негативизм (ребенок разгрызает предлагаемые психологом игрушки). Отмечается конфликтное отношение к своему отражению в зеркале (ребенок может смотреть на себя только в маленькое зеркало, в течение двух–трех секунд).

- 4 Наиболее спорную с точки зрения дифференциального диагноза и прогноза группу составляют дети с крайне неустойчивой эмоциональной регуляцией и отрицательной динамикой невербальной коммуникации в ходе обследования, но с относительно сохранной речью (4 мальчика и 1 девочка с умственной отсталостью и расстройством личности в связи с эпилепсией (дифференциальный диагноз с шизофренией)). При потенциальной доступности всего спектра невербальной коммуникации (в начале обследования дети демонстрируют хорошую произвольную регуляцию эмоций), при углублении контакта дети используют коммуникацию, направленную на его разрушение, причем на маниакальном фоне (смех, двигательное возбуждение, крики). На первый план выходит недостаточность глазного контакта, который избирательно используется для оценки эмоционального состояния другого человека до и после совершения акта агрессии по отношению к нему и для воздействия на взрослого для получения желаемого. Отрицательная динамика невербальной коммуникации резко усиливается во время спонтанной символической игры (как правило, на тему смерти: ребенок убивает сам или изображает суицидальные попытки), богатой ассоциациями, касающимися родителей или сиблингов. При этом нарастает искажение всех компонентов невербальной коммуникации: появляются манерная мимика (ребенок жмурится, закатывает глаза), затем вычурные позы, гримасы, выражающие страдание, вокализация, напоминающая хрюканье, плевки и звуки удушья, потом спазмы (приступы кашля, рвота), что приводит к окончательному разрушению игры. Характерно избегание своего отражения в зеркале, аутоагрессия. Дети способны вербализовать свои эмоции (просят психолога не смотреть им в глаза, говорят, что боятся своего отражения в зеркале), что позволяет им на время отсрочить свои реальные и воображаемые атаки.

Таким образом, невербальная коммуникация более чувствительна к пробным психотерапевтическим воздействиям, чем речь, и первой на них реагирует. Типология динамики невербальной коммуникации может быть использована для дифференциальной диагностики и прогноза психического развития детей с расстройствами аутистического спектра, что требует лонгитюдных исследований. Диагностика краткосрочной динамики невербальной коммуникации в условиях пробных психотерапевтических воздействий может использоваться как экспресс-диагностика эмоциональной регуляции ребенка.

## Литература

- Бардышевская М. К., Лебединский В. В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей. М.: УМК «Психология», 2003.
- Вроно М. Ш., Башина В. М. К проблеме адаптации больных с синдромом раннего детского аутизма // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1987. № 10. С. 1511–1516.
- Клинков В. Н. Особенности невербального поведения в клинике ранней детской шизофрении: Автореф. ... канд. мед. наук. Харьков, 1992.
- Лебединская К. С. Ранний детский аутизм как клинико-психологическая проблема. М.: НИИ Дефектологии РАО, 1992.
- Wing L. Early childhood autism. Oxford: Pergamon Press, 1976.