

## Лекция по теме: «История изучения проблемы раннего детского аутизма»

**Аутизм** (от греч. *autos*-сам) представляет собой отрыв от реальности, отгороженность от окружающего мира. Впервые термин «аутизм» был использован немецким психиатром Эйгеном Блейлером в 1911 г. для обозначения симптома у взрослых больных, страдающих шизофренией, который проявляется в виде ухода человека от внешней реальности в мир собственных фантазий.

Несмотря на то, что этот термин употребляется во всем мире и по сей день, следует отметить, что современное понимание аутизма существенно отличается от первоначального клинического определения, предложенного Блейлером. В зарубежной психиатрии аутизм рассматривается в поведенческом плане как уход от действительности в мир внутренних переживаний, как сознательное или бессознательное защитное приспособление против душевной боли, дающее человеку возможность избежать непосильных для него требований окружающей среды.

Подход к определению аутизма в отечественной психиатрии также характеризуется некоторой неоднозначностью. Так, В. П. Осипов определял аутизм как «разобщенность больных с внешним миром» [Осипов, 1923]. В. А. Гиляровский рассматривал его как своеобразное нарушение сознания самого «Я» и всей личности, нарушение адекватных установок к окружающему миру. Автор подчеркивал, что больные аутизмом замкнуты и отчуждены от всего остального мира [Шляровский, 1928].

На протяжении столетия термин «аутизм» использовался в психиатрии достаточно широко, выступая в качестве обозначения и отсутствия у человека потребности в совместной деятельности, и замкнутого образа жизни, и болезненного погружения в свои мысли, нарушения самосознания и, кроме этого, способа психологической защиты.

До сих пор не существует однозначного представления о том, что же такое «аутизм» и каковы его основные характеристики.

Проблема аутизма тесно связана с проблемой общения - базовой категории психологической науки, изучение которой достаточно широко представлено в психологии [Ломов, 1984]. Опираясь на общепсихологические принципы категории общения, В. Е. Каган предложил определение аутизма, на наш взгляд наиболее точно отражающее его сущность [1981, с. 12]: аутизм — это психопатологический синдром, который характеризуется недостаточностью общения, формируется на основе первичных структурных нарушений или неравномерности развития предпосылок общения и вторичной утраты регулятивного влияния общения на мышление и поведение. Под предпосылками общения понимаются:

- возможность адекватного восприятия и интерпретации информации;
- достаточность и адекватность выразительных средств общения;
- взаимопонимание с его регулирующим влиянием на мышление и поведение;
- возможность адекватного планирования и гибкого варьирования поведения, выбора способа и стиля общения.

Таким образом, аутизм рассматривается как отклонение в психическом развитии личности, главными проявлениями которого являются нарушение процесса общения с внешним миром и трудности в формировании эмоциональных контактов с другими людьми.

Аутизм, возникший у ребенка в раннем возрасте, называется *ранним детским аутизмом* (РДА). Это особая аномалия психического развития, при которой имеют место стойкие и своеобразные нарушения коммуникативного поведения, эмоциональных отношений ребенка с окружающим миром. Основной признак РДА — это неконтактность ребенка, которая может обнаруживаться уже на первом году жизни, но особенно четко проявляется в возрасте 2—3 лет.

В настоящее время существует много теоретических подходов к пониманию раннего детского аутизма. Для того чтобы лучше познакомиться с ними, необходимо обратиться к

*истории изучения проблемы раннего детского аутизма в зарубежной и отечественной психиатрии и психологии.*

В. М. Башина выделяет четыре основных этапа в становлении изучения данной проблемы.

Первый, *донозологический*, период конца XIX — начала XX века характеризуется несколькими упоминаниями о детях с выраженным стремлением к одиночеству и уходом от взаимодействия с Окружающим миром. В медицинской литературе того времени можно встретить отдельные описания аутистического поведения детей в связи с врожденными церебральными расстройствами, умственной отсталостью. Особый интерес представляют работы доктора Э. М. Итара (E. M. Itard), который описал историю дикого мальчика Виктора, пойманного в лесах Аверона в возрасте 11—12 лет и до этого *не* общавшегося с людьми. С помощью специальных методов обучения Виктору существенным образом удалось развить свое социальное поведение.

Второй, так называемый *доканнеровский*, период приходится на 1920—1940-е годы. На протяжении этих лет предпринимались первые попытки системного подхода к изучению проявлений аутизма в детском возрасте. Были описаны аутистические состояния у детей в клинике детской шизофрении, психозов, нарушений, имеющих в своей основе органические поражения или недоразвитие центральной нервной системы [Гуревич, 1932; Сухарева, 1925; Симсон, 1929; Озерецкий, 1938; Осипова, 1940 и др.]. Авторы исследовали этиологию и патогенетические факторы, проводили классификацию аутистических состояний у детей - в основном при ранней детской шизофрении. Кроме клинических исследований, в тот период осуществлялись клиникопсихологические и психологические исследования когнитивных процессов у детей, страдающих шизофренией [Бобкова, 1936; Выготский, 1932, 1934; Соловьева, 1936; и др.].

Третий, *каннеровский*, период - с 1943 по 1979 год - ознаменовался выходом в свет основополагающих работ по аутизму Л. Каннера [Kanner, 1943] и Г. Аспергера [Asperger, 1944].

Американский детский психиатр Лео Каннер первым описал синдром раннего детского аутизма в 1943 году. Автор наблюдал 11 детей, у которых в течение первых лет жизни отмечалась замкнутость, отгороженность от окружающего мира. Эти дети не воспринимали других людей, избегали зрительного контакта, не проявляли внимания к социальной стороне жизни, частично или полностью не могли овладеть коммуникативной речью, постоянно повторяли одни и те же стереотипные движения или слова. Характерными для них были также персеверации, любимые ритуалы, нарушать которые мог только сам ребенок. Каннер назвал эти расстройства ранним инфантильным аутизмом («early infantile autism»). В качестве основной черты аутизма он выделил «проявление с самого начала жизни неспособности детей соотносить себя обычным образом с людьми и ситуациями» [Kanner, 1943, p. 242]. Каннер отмечал, что для этих детей характерно крайнее аутистическое одиночество, заставляющее их замыкаться в себе, игнорировать внешний мир и отвергать все, что происходит вокруг них. Учитывая то, что такие состояния наблюдаются у детей в раннем возрасте, Каннер пришел к выводу, что причиной аутизма является врожденная неспособность к установлению близких отношений с другими людьми. Отдельное внимание автор уделит описанию родителей детей-аутистов. Он охарактеризовал их как педантичных интеллектуалов, холодных и отстраненных в отношениях с другими людьми. Несмотря на то что Каннер рассматривал аутизм прежде всего как врожденное психическое расстройство, он отмечал, что оно является во многом защитной реакцией ребенка на холодную, интеллектуальную «враждебность» родителей, проявляющуюся в неправильном воспитании, в отчуждении ребенка «холодной» матерью. То есть аутистические проявления у ребенка автор рассматривал и как своеобразную форму психологической защиты [Kanner, 1943].

Независимо от Л. Каннера, австрийский педиатр Ганс Аспергер описал состояние, названное им аутистической психопатией. Автор отмечал необычайно раннее речевое

развитие у детей, когда, речь появляется прежде, чем ребенок начинает ходить. У этих детей наблюдалось своеобразное использование языка, необычные интонации, словотворчество. Также как у детей, описанных Каннером, у детей, наблюдавшихся Аспергером, отмечались неспособность создавать полноценный зрительный контакт, бедность мимики и жестов, моторная неловкость, дисгармоничные, угловатые движения. В играх и увлечениях для них характерны тенденции к стереотипии и привычным действиям. Аспергер подчеркивал существенную роль генетических факторов в возникновении данного расстройства. Между тем в прогностическом плане синдром Аспергера, названный в честь описавшего его исследователя, рассматривается как более благополучный: у детей и подростков с синдромом Аспергера хотя и имеются нарушения коммуникативной речи, они не выражены так сильно, как у детей с синдромом Каннера. Кроме того, у них не наблюдается грубых интеллектуальных нарушений. Вследствие этого в психиатрии синдром Аспергера рассматривают как своеобразное личностное расстройство [Asperger, 1944].

В России первое описание аутизма в детском возрасте было представлено С. С. Мнухиным в 1947 году, который выдвинул концепцию органического, то есть обусловленного органическим поражением центральной нервной системы, происхождения РДА. Как отмечает В. Е. Каган, к 1960-м годам сложился своеобразный «аутистический бум»: аутизму посвящались монографии, специальные выпуски периодической литературы, многие проблемы рассматривались «через призму раннего детского аутизма» [Каган, 1981, с. 9].

В конце 1960-х - начале 1970-х годов появились работы отечественных авторов, в которых была представлена аргументированная критика расширительной диагностики раннего детского аутизма в западной психиатрии. Среди этих работ особое место занимают исследования Ленинградской школы детских психиатров под руководством С. С. Мнухина. В статье под названием «О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей», опубликованной в 1967 году в «Журнале невропатологии и психиатрии», С. С. Мнухин, А. Е. Зеленецкая и Д. Н. Исаев на основе пятилетних наблюдений за 44 детьми в возрасте от 2 до 14 лет показали отличительные признаки детей с синдромом Каннера [1967, с. 1501-1506]:

- ослабление либо полное отсутствие каких-либо контактов с окружающей средой;
- отсутствие ясных интересов и адекватных эмоциональных реакций, целенаправленной деятельности;
- неспособность к самостоятельному психическому напряжению;
- своеобразное развитие речи, которое проявляется в отсутствии ее прямого социального назначения, информативной роли и в наличии эхололий и персевераций;
- своеобразие движений, когда «отдельные движения часто легки и ловки, но формул движения, двигательных навыков очень мало, из-за чего дети эти обычно беспомощны, долго не научаются одеваться, нуждаются в обслуживании».

Авторы выделили основные симптомокомплексы раннего детского аутизма. Это снижение психического, или «витального», тонуса; ослабление или отсутствие способности к психическому напряжению и целенаправленной активности.

Одним из самых существенных симптомов авторы, вопреки мнению Каннера, посчитали «изначальное очень явное, необычно разительное ослабление инстинктивных или безусловно-рефлекторных реакций - ориентировочных, пищевых, самозащиты и др.». Отсутствие этих реакций делает поведение детей «..аморфным, хаотичным, дезорганизованным, а их самих - практически беззащитными и беспомощными» [там же]. По мнению авторов, объяснить аутизм ребенка только патологией личности родителей, отсутствием контактов между родителями и ребенком, отрицательными воспитательными влияниями, распадом семьи и т. п. невозможно. В своей работе, представляющей результаты одного из первых отечественных клинических исследований раннего детского аутизма, С. С. Мнухин с соавторами поставили под сомнение использование только

метода психотерапии в коррекции аутистических тенденций у детей, а подчеркнули необходимость комплексного подхода к данной проблеме.

Исследователи обратили внимание на особенности интеллектуального развития детей с РДА. «Мы полагаем, — пишут они, — что «детский аутизм» представляет собой своеобразную разновидность психического недоразвития, при которой на передний план выступают аффективно-волевые нарушения, шизоформный характер поведения, обусловленный преимущественным недоразвитием активирующих, «энергозаряжающих» систем ствола мозга. Это вовсе не означает, что в интеллектуальном отношении дети эти вполне нормальны. Наоборот, среди наших больных не было ни одного интеллектуально полноценного, но, во-первых, структура интеллектуального дефекта у них качественно иная, чем в других случаях «истинной» олигофрении, во-вторых, интеллектуальная недостаточность у них «перекрывается» обычно грубыми нарушениями личности и поведения. У большинства этих больных выявляются конкретное, «регистрирующее» мышление, длительная неспособность овладеть навыками чтения, письма и счета, временными и пространственными представлениями, операциями, состоящими из ряда последовательных актов (перечисление дней и месяцев в прямом и обратном порядке и др.), длительная дезориентировка в сторонах тела. Все эти нарушения нередко маскируются хорошей памятью, способностью «попугайно» воспроизводить сложные отрывки из речи окружающих, хорошей речью, часто отличным музыкальным слухом, склонностью к фантазированию» [Мнухин, Зеленецкая, Исаев, 1967, с. 1501].

Исследования московских психиатров М. Ш. Вроно и его сотрудников привели к выводу о неоднородности синдрома Каннера и преимущественном отношении его к шизофрении. Авторами было обследовано 300 больных с детской шизофренией, из них 32 больных с синдромом Каннера. Однако при динамическом обследовании только у 9 наблюдался «истинный синдром Каннера», а в ходе катамнестического наблюдения количество этих больных сократилось до 8 человек. В связи с этим авторы подчеркивали необходимость дифференциальной диагностики аутизма от аутистических состояний, возникающих у ребенка после приступа шизофрении [Вроно, Башина, 1975].

В этот период появилось значительное количество работ по исследованию физиологических, биологических, психологических аспектов раннего детского аутизма. Однако можно говорить о том, что клинической определенности данной проблемы на тот момент достигнуть не удалось, что четко прослеживалось во взглядах отечественных и зарубежных исследователей на этиологию РДА. Многие авторы подчеркивали полиэтиологичность РДА, связывая его происхождение с генетическими и органическими причинами, с последствиями нарушения симбиоза между матерью и ребенком, нарушениями адаптационных механизмов у незрелой личности [Mahler et al., 1959; Nissen, 1963; Rutter, 1979; и др.]. В эти же годы были описаны аутистические симптомы в клинике больных фенилпировиноградной олигофренией, при X-ломкой хромосоме, синдроме Ретта и др.

Особое значение в тот период имели первые отечественные клинико-психолого-педагогические исследования раннего детского аутизма. Впервые в нашей стране была создана специальная экспериментальная группа при клинической лаборатории Института дефектологии АПН СССР под руководством профессора К. С. Лебединской, которая в течение четырех лет занималась клинико-психологическим изучением детей с РДА и разработкой методов психолого-педагогической коррекции. Результаты многолетней работы были отражены в сборнике научных трудов НИИ дефектологии под редакцией Т. А. Власовой, В. В. Лебединского и К. С. Лебединской [1981]. Впервые на основе комплексного клинико-психологического исследования авторами были разработаны дифференцированные методы психолого-педагогической коррекции *детей с аутизмом* с учетом этиологии и степени тяжести РДА, а также прогностические оценки.

В 1981 году вышла в свет первая отечественная монография по раннему детскому аутизму В. Е. Кагана. В своей работе автор обобщил исследования зарубежных и

отечественных авторов по данной проблеме, предложил клиническое определение аутизма, выделил дифференциально-диагностические критерии раннего детского аутизма, отграничивающие его от других, сходных, нарушений психики ребенка. Особое внимание В. Е. Каган уделил комплексному клинико-психологическому подходу к данной проблеме, лечебно-реабилитационной работе с детьми с РДА, а также психопрофилактике аутистических нарушений в детском возрасте [Каган, 1981].

Четвертый, *послеканнеровский*, период – 1980-1990-е годы - знаменуется отходом от позиций самого Л. Каннера во взглядах на РДА [Башина, Пивоварова, 1970; Башина, 1980; Мнухин, Зеленецкая, Исаев, 1967; Rimland, 1964; Wing, 1976; Rutter, 1972; Gillberg, 1992]. Ранний детский аутизм стал рассматриваться как неспецифический синдром разного происхождения, характеризующийся функциональными ограничениями в трех основных областях:

- социальном взаимодействии;
- коммуникативном поведении;
- мотивационной сфере.

Наряду с ранним детским аутизмом в МКБ-10 как особая категория выделяется *атипичный аутизм*. В отличие от раннего детского аутизма, он характеризуется отсутствием некоторых важных при диагностировании РДА признаков. Атипичный аутизм наиболее часто возникает у детей с глубокой умственной отсталостью, а также у детей с атипичными детскими психозами.

В современной науке все большее распространение получает биогенетический подход, рассматривающий аутизм как биологически обусловленное и хроническое нарушение развития, которое проявляется в первые годы жизни ребенка.

Таким образом, на протяжении более полувека, начиная с 1943 года, когда ранний детский аутизм был впервые описан Л. Каннером, взгляды на его причины, клинические проявления, Прогнозы дальнейшего психического развития детей с аутизмом существенно менялись. Длительный период времени аутизм и шизофрения рассматривались как одна из форм психической патологии, между тем как в настоящее время они считаются различными расстройствами. В связи с принятием в нашей стране Международной классификации болезней 10-го пересмотра ранний детский аутизм был выведен из рубрики психозов, специфичных для детского возраста, и введен в рубрику так называемых перазивных общих расстройств развития.

Несмотря на то что большинством специалистов ранний детский аутизм рассматривается как нарушение психического развития, в настоящее время существует множество противоречивых точек зрения на причины его возникновения, специфику клинических проявлений, особенности и прогноз в психическом развитии детей с РДА.

#### **Список литературы:**

1. Башина В. М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999.236 с.
2. Беттельхейм Б. Пустая крепость: Детский аутизм и рождение Я. М.: Академический Проект: Традиция, 2004.783 с.
3. Веденина М. Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации //Дефектология. 1997. № 2. С. 31-40.
4. Веденина М. Ю., Окунева О. Н. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации //Дефектология. 1997. № 3. С. 15-20.
5. Каган В. Е. Аутизм у детей. Л.,1981.
6. Карвасарская И. Б. В стороне: Из опыта работы с аутичными детьми. М.: Теревинф, 2003.68 с.
7. Лебединская К. С, Никольская О. С. Дефектологические проблемы раннего детского аутизма // Дефектология. 1988. № 2. С. 10-15.
8. Мамайчук И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. 2-е изд. СПб.: Речь, 2006.404 с.

9. Мартшес П. П. Психологическая коррекция агрессивных проявлений у детей и подростков с ранним детским аутизмом: Дипломная работа. СПб., 1996.
10. Мнухин С. С, Зеленецкая А. Е., Исаев Д. И. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей//Журнал невропатологии и психиатрии. 1967. № 10. С. 1501-1506.
11. Никольская О. С. Проблемы обучения аутичных детей //Дефектология. 1995. № 2. С. 8-17.
12. Никольская О. С. Психологическая коррекция раннего детского аутизма // Журнал невропатологии и психиатрии. 1980. № 10. С. 1542-1544.
13. Никольская О. С, Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Аутичный ребенок: Пути помощи. М.: Теревинф, 1997.342 с.
14. Организация специализированной помощи при раннем детском аутизме: Методические рекомендации / Сост. В. М. Башина, И. А. Козлова, В. С. Ястребов, Н. В. Симашкова и др. М.: Медицина, 1989.
15. Питере Т. Аутизм: От теоретического понимания к педагогическому воздействию. М.: Гуманитарный изд. центр «ВЛАДОС», 2003.238 с.