

УДК 159.99

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ РЕАКТИВНОГО НАРУШЕНИЯ
ПРИВЯЗАННОСТИ И РАННЕГО АТИПИЧНОГО РАССТРОЙСТВА
АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА: СОВРЕМЕННЫЙ ДИСКУРС**

Маршина М.В.

магистрант 2 курса Академии гуманитарных технологий

ЧОУ ВО ЮУ (ИУБиП)

e-mail: mars-mariya@yandex.ru

Научный руководитель: Петренко Е.А.,

к.псих.н., доцент кафедры «Психология и управление персоналом»

ЧОУ ВО ЮУ (ИУБиП)

Аннотация: В статье представлены особенности дифференциальной диагностики состояний раннего атипичного расстройства аутистического спектра и реактивного нарушения привязанности в раннем постнатальном возрасте. Анализ соответствующих рубрик «Диагностической классификации нарушений психического здоровья и развития детей от рождения до пяти лет» («DC:0-5») проведен с учетом базового принципа - учета контекста отношений как неотъемлемой составляющей оценки психического здоровья детей.

Ключевые слова: психическое здоровье ребенка, расстройство аутистического спектра, реактивное нарушение привязанности, ранний возраст, DC:0-5.

**DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF REACTIVE ATTACHMENT
DISORDER AND EARLY ATYPICAL AUTISM SPECTRUM DISORDER:
MODERN DISCOURSE**

Marshina M.V.

Abstract: The article presents features of differential diagnosis of early atypical autism spectrum disorder and reactive attachment disorder conditions in early postnatal age. The analysis of the corresponding columns of the Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-5) was carried out taking into account the basic principle - taking into account the context of relationships as an integral component of the assessment of childhood mental health.

Keywords: childhood mental health, autism spectrum disorder, reactive attachment disorder, early age, DC:0-5.

Все дети заслуживают сильного старта. Задача клинического психолога службы ранней помощи – сделать проблемные области развития ребенка приоритетными, чтобы обеспечить общество знаниями и волей для поддержания всех младенцев и малышей в полной реализации их

потенциала. Вопрос о вхождении в социум детей, имеющих особенности в развитии, является сложной, но безотлагательной задачей [3]. Расстройства нейроразвития, согласно мнению современных исследователей, можно и следует лечить, тем не менее полностью поддаются терапии они нечасто. В рамках данной статьи указанный тезис очень важен: именно обратимость реактивного нарушения привязанности у ребенка (при условии соблюдения временного критерия разлуки с близким взрослым не более 5 месяцев) – одна из базовых составляющих диагноза. Современный научный инструментарий для углубленной диагностики спорных случаев, а также для описания и систематизации собранной в ходе обследования информации предоставляет «Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет» [1]. Русская редакция книги и официальная презентация издания в России стали доступны в конце 2022 г. благодаря многолетней клинической работе специалистов ЧОУ ДПО "Социальная школа Каритас», кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей СПбГУ в сотрудничестве с партнерской организацией «Zero to Three».

Постановка клинического диагноза «раннее атипичное расстройство аутистического спектра» (РАРАС) детям младенческого возраста значительно затруднена в силу различных причин: схожесть поведенческих признаков РАС и других нарушений развития (общее отставание в развитии, задержки развития речи, последствия дегенерации нейронов вследствие очаговых поражений головного мозга – гидроцефалии, ДЦП, синдромов Ретта, Веста), часто встречающиеся адаптационные трудности ребенка, вызывающие значительные различия в его поведении на приеме у врача и в семейном окружении, различий в интерпретации диагностических критериев. В результате этих факторов родители, не получив ясной информации о диагнозе, могут принять решение отложить начало вмешательства, лишая ребенка возможности для развития и обучения, которые предоставляет ранний возраст.

Атипичный аутизм отличается от типичного возрастом начала либо отсутствием одного из трех базовых диагностических критериев [7]. Так, тот или иной признак нарушенного развития впервые проявляется только в возрасте после трех лет; и/или здесь отсутствуют отчетливые нарушения в одной или двух из трех психопатологических сфер, необходимые для диагноза аутизма (нарушение социального взаимодействия, общения и ограниченное, стереотипное поведение). Атипичный аутизм часто возникает у детей с глубокой умственной отсталостью, у которых низкий уровень функционирования создает достаточно узкие рамки для проявления специфического отклоняющегося поведения, требуемого для диагноза аутизма; он также встречается у пациентов с тяжелым расстройством рецептивной речи. По результатам последних исследований, нарушения в структуре и функции головного мозга во многом лежат в основе патогенеза аутизма, в то время как расстройства привязанности в младенческом возрасте (как реактивное, так и расторможенное), являясь «критическими состояниями развития» [1, с. 294], сами индуцируют патологию головного мозга и нервной системы в целом.

Большинство современных исследователей указывают именно на первичный когнитивный дефицит у больных аутизмом, что качественно отличает их от детей с реактивным расстройством привязанности (РеРП). В последнем случае нарушение ЦНС, эмоциональные и когнитивные нарушения - неадаптивная реакция на других людей, отсутствие модулирования поведения в соответствии с социальной ситуацией – вторичны. РеРП называют еще психогенным аутизмом. РАРАС в рамках психоанализа также рассматривался до недавнего времени как результат раннего психогенного воздействия (стресса), обусловленного нарушением взаимоотношений ребенка с близким взрослым. Тем не менее, отечественные исследования пациентов с аутизмом, доказывающие его генетическую и органическую природу, а также изучение взаимодействия матерей с детьми, имеющими указанную психопатологию, опровергают утверждение о том, что

особенности личности близкого взрослого и его невключенное, враждебное или насильственное отношение к ребенку выступают причиной развития болезни.

Итак, ребенок с РАРАС обладает врожденной, а не приобретенной (и обратимой, при анаклитической депрессии), как в случае с РеРП, неспособностью оценивать эмоциональное выражение лиц. Данный дефект аффективного взаимодействия приводит к неспособности социального научения через подражание, выступая катализатором дальнейшего угасания когнитивных функций. Здоровые младенцы имитируют видимую мимическую экспрессию лиц из своего социального окружения, и ребенок начинает испытывать те же эмоции. Эмоциональное подражание, сигналы взрослого ребенком с РАРАС не считаются должным образом, младенец «не видит» необходимости в этом. Ребенок же с РеРП, обладавший с рождения верным вектором восприятия схемы тела – как своего, так и чужого – впоследствии утрачивает ее.

У некоторых детей с РАРАС увеличены желудочки головного мозга, у других наблюдается гипоплазия червя мозжечка, у некоторых – аномалии ядер ствола мозга. Большинство генетических синдромов также имеют в своей этиологии указанный фактор, поэтому столь важна роль тщательного сбора комплексного медицинского, социального, семейного анамнеза в каждом отдельном случае: подобная тактика обуславливает надежность диагностики, правильно поставленный диагноз позволяет подобрать адекватную терапию и дает возможность предотвратить повторные случаи заболевания в семье. Так, в первой стадии (аутистической) синдром Ретта трудно отличим от РАРАС: наблюдается отрешенность, замедление психического развития, снижение интереса к игре и окружению, мышечная дистония, замедление роста головы. В возрасте 8-30 месяцев моторные навыки и речь постепенно утрачиваются. Теряется способность удерживать предметы, возникает мышечная атрофия, дистония, атаксия, развивается кифоз и сколиоз, появляются дыхательные расстройства (одышка). В

возрасте 5-6 лет признаки аутизма становятся менее выраженными: девочки могут усваивать отдельные слова, появляется интерес к примитивным играм, однако затем вновь наступает регресс, в результате которого способность к речи и самостоятельному передвижению утрачивается на всю жизнь.

Агрессия и аутоагрессия в раннем возрасте может присутствовать при обоих нарушениях, с той разницей, что у детей с РАРАС характерная «приверженность» определенным впечатлениям и чрезмерное сопротивление изменениям, вовлеченность в стереотипные действия выступает специфическим механизмом защиты – стабилизации возбудимости и подавлении неприятных впечатлений.

В основе РеРП при материнской депривации лежит тревога, неуверенность в себе и окружающем мире, резкое угасание психической активности, любознательности, замкнутость, нежелание познавать мир и общаться. При других формах депривации (сенсорной, социальной, двигательной) нарушение привязанности имеет много общего с вышеописанными проявлениями РАРАС и выражается, прежде всего, нарушением контактов с окружающими, эмоциональной индифферентностью, отсутствием дифференцированных эмоций, задержкой развития речи и психомоторики (бедность мимики, отсутствие выразительных жестов, недостаточность тонкой и общей моторики, ее дисгармоничность, диспластичность). Нарушения сенсорных функций – зрения, слуха, обоняния, вестибулярной функции – возможны при РеРП, однако необычных сенсорных реакций (пикацизма, сенсорной гипо/ гиперестезии) не должно присутствовать. Двигательные стереотипии выступают на этом фоне в качестве заместительных компенсаторных феноменов, уменьшающих повреждающее воздействие фактора депривации. При сенсорной депривации (слепоте) они особенно выражены, имеют сходство с гиперкинезами. У слепых детей наблюдается компенсаторное фантазирование с визуализацией представлений, в меньшей степени редуцированы эмоциональные реакции и стремление к общению. У детей из

ситуации физического насилия более представлены депрессивный фон настроения, эмоциональная взрывчатость, депрессивный аутизм в сочетании с расторможенностью, агрессивность.

Можно выделить пять главных признаков, дифференцирующих РеРП от общего отставания в развитии (ООР) и РАРАС. Во-первых, дети с РеРП имеют нормальную способность к социальному взаимодействию и отзывчивости, в то время как при общих расстройствах развития и РАРАС – нет. При РАС обычно не должно быть опыта пренебрежения, тогда как именно он является триггером в случае с РеРП и приводит к отсутствию предпочитаемого взрослого, сформированных отношений привязанности в возрасте 7-9 месяцев. Во-вторых, хотя патологическая социальная реакция при РеРП является вначале общим признаком поведения ребенка во всех ситуациях, аномальные реакции в большей степени уменьшаются, если ребенок помещен в нормальную среду воспитания, что предусматривает наличие постоянного близкого взрослого (воспитателя). Этого не бывает при ООР и РАРАС. В-третьих, хотя у детей с РеРП может отмечаться нарушенное речевое развитие, они не проявляют патологических особенностей в общении, характерных для аутизма: как РАС, так и РАРАС включают в себя специфические нарушения именно в области намеренной коммуникации и в воображаемой игре, которые более нарушены по сравнению с общим интеллектуальным развитием. В-четвертых, в отличие от аутизма, РеРП не сочетается с постоянным и тяжелым когнитивным дефектом, заметно не реагирующим на средовые изменения. В-пятых, стойко ограниченный, повторяющийся и стереотипный тип поведения, интересов и деятельности не является признаком РеРП.

Таким образом, психогенный аутизм представляет собой функциональное и обратимое нарушение психического развития депривационного генеза. Реактивное расстройство привязанности почти всегда возникает в связи с грубо неадекватной заботой о ребенке. При нормализации условий воспитания до трехлетнего возраста детей симптомы

РРП могут редуцироваться. В более позднем возрасте это расстройство, как и другие депривационные нарушения, с трудом поддается коррекции и сближается с проявлениями истинного аутизма.

Библиографический список

1. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до пяти лет. – СПб.: Скифия, 2022. – 455 с.
2. Трушкина С.В., Скобло Г.В. Применение методики «Диагностика психического развития детей от рождения до трех лет» в клинической психологии и психиатрии // Национальный психологический журнал. – 2022. – № 3 (47). – С. 97–107.
3. Мордоненко О.А. Социальная адаптация детей дошкольного возраста с проблемами в развитии через информационные технологии [Электронный ресурс] // Интеллектуальные ресурсы – региональному развитию. – 2021. – № 2. – С.213-216. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46659163> (дата обращения: 12.01.2023)
4. Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития / Пальмов О.И., Мухамедрахимов Р.Ж. и др. – СПб, 2008.
5. Проблема сиротства в современной России: психологический аспект . – М., 2015.
6. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. – М.: Теревинф, 2010. – 288 с.
7. Иванова Е.С. Особенности психокоррекционной работы с детьми, имеющими коммуникативную девиацию (аутистическое поведение) [Электронный ресурс] // Интеллектуальные ресурсы – региональному развитию. – 2021. – № 1. – С.150-155. –URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=46220751&ysclid=ld0u2dojqm887171990> (дата обращения: 09.01.2023).