



Проблемы развития и бытия личности

Галина Козловская, Марина Проселкова

ПАРААУТИЗМ – ПСИХОГЕННАЯ ФОРМА АУТИЗМА

Определение
понятия пара-
аутизма

Термин – *парааутизм* возник как условное обозначение сходных между собой клинико-психологических феноменов, из группы первазивных расстройств (расстройств развития) у детей, аналогичных по целому ряду клинических признаков истинному аутизму раннего детского возраста (РДА), или эндогенному расстройству шизофренического спектра.

Аутизм – по международным классификациям болезней последних пересмотров – это нарушение развития у детей в виде расстройств социальных связей и коммуникаций – зрительных, вербальных, эмоциональных и др. – с аномальным поведением (стереотипии, феномен тождества, одержимость и др.), отсутствием реципрокности в эмоциональных взаимодействиях.

Приставка – *пара* – (греч. – рядом, возле, при – стоящее явление) подчеркивает отличие парааутизма от истинного аутизма как клинического состояния, похожего на эндогенный аутизм [1], но таковым не являющегося.

Вычленение парааутизма из недифференцированной клинической картины нарушений психического развития детей раннего возраста имеет некоторую историю.

В 1960–1970-х годах ведущие психологи и психоаналитики, изучавшие психическое развитие детей в раннем возрасте, – Дж. Боулби [2], П. Липтон [3], М. Ансворз [4], А. Фрейд [5], Р. Спирц [6] описали явление госпитализма с нарушением общения у детей из условий приютов. Их выводы были подтверждены современными данными психологии и нейрофизиологии в работах В.С. Мухиной [7], А.С. Батуева [8] и других [9].

В 1980-е годы детские психиатры В.Е. Коган [10], В.В. Ковалев [11] описали *психогенный аутизм* как

Психогенный
аутизм

симптомокомплекс, основным клиническим проявлением которого было также искажение функции общения, в виде обеднения или полного отказа от коммуникаций, уход в себя. Возникновение данной психической патологии связывалось с повреждающими психосоциальными факторами.

По мнению авторов, и госпитализм и психогенный аутизм были обусловлены отсутствием или недостаточностью материнской ласки и различными формами неправильного воспитания – по типу «золушки», или гипопroteкции, обусловленного проживанием в интернатах.

Б.Е. Коган 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.

Несколько ранее ряд детских психиатров – Г.В. Козловская [12], Л.М. Барденштейн, В.Ф. Матвеев [13] выявили симптомы псевдоаутистического поведения у детей с сенсорными дефектами – у слепых и глухих. Электрофизиолог и нейropsихолог Т.А. Строганова [14] отметила сходство изменений биопотенциалов мозга у детей с РДА и у слепых детей.

В начале 1990-х годов группа исследователей НЦПЗ РАМН – Г.В. Козловская, М.Е. Проселкова [15], изучая психическое здоровье детей-сирот раннего возраста, которые с периода младенчества находятся в условиях детского приюта, описали сходные состояния нарушений общения, предложив новый термин для их обозначения, а именно *депривационный парааутизм*, как более отвечающий клиническому содержанию данного симптомокомплекса.

Остановимся на термине «парааутизм», его клиническом содержании, причинах возникновения, некоторых представлениях о его патогенезе, способах коррекции.

Парааутизм – это нарушение формирования коммуникативных функций, которые возникают при разных формах психической депривации у детей в раннем онтогенезе.

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

- *эмоциональная депривация* или скрытое сиротство в семье при искажении в функционировании психобиологической системы «мать–дитя»;

Парааутические невротические реакции

Псевдоаутистическое поведение

Парааутизм

Виды депривации

- **социальная депривация** или истинное сиротство; брошенные дети, беспризорники;
- **сенсорная депривация** – слепота, глухота, гипокинезия, например в случае детского церебрального паралича, и др.
- **когнитивная изоляция** (информационный голод) – дети, воспитанные животными или при минимальном общении (например безречевом, бестактильном и др.);
- **перманентное физическое насилие в семье** и др.

Последствия психической депривации и ее роль в психическом дизонтогенезе, ввиду распространенности этого явления, активно изучается последние годы, с медицинских и немедицинских сторон, однако многие аспекты этой проблемы, в т. ч. и особенности нарушений коммуникативных функций у детей в результате разных форм психической депривации, остаются малоизученными.

Диапазон клинических проявлений парааутизма очень широк – от симптомов акцентуаций и преклинических состояний риска, до выраженных нарушений, которые имеют настолько схожую картину с эндогенным аутизмом, что требуют детальной дифференциальной диагностики.

Рассмотрим известные варианты парааутизма.

Парааутизм при материнской депривации (истинное сиротство с момента рождения) в описании Дж. Бодули [16] проявляется у младенцев на первом-втором годах жизни в виде следующих расстройств – вялость эмоциональных реакций, аутоагрессия, патологические привычки, в дальнейшем – интеллектуальное отставание, безэмоциональный характер, неуверенность в себе, неумение устанавливать контакты.

Парааутизм при материнской депривации, наступившей в младенчестве, позднее установления эмоциональных связей с матерью, вызывает у младенца более тяжелые нарушения психического развития: реактивная депрессия, падение веса, задержка общего и физического развития, апатия, избегание контактов. Исход этого состояния, по мнению Р. Спика [17], трагичен и трансформируется либо в физическую деградацию и смерть, либо в экзогенный аутизм, сближающийся с РДА.

В основе парааутизма при материнской депривации лежит тревога, неуверенность в себе и окружающем мире, падение психической активности, редукция любознательности, замкнутость, нежелание познавать мир и общаться.

Формы парааутизма при различных типах депривации

Парааутизм при других формах депривации (сенсорной, социальной) имеет много общего с вышеописанными проявлениями этого симптомокомплекса и выражается, прежде всего, нарушением контактов с окружающими, эмоциональной индифферентностью, отсутствием дифференцированных эмоций, задержкой развития речи и психомоторики (сглаженность мимики, отсутствие выразительных жестов, недостаточность тонкой и общей моторики, ее дисгармоничность и диспластичность). На этом фоне наблюдаются разнообразные двигательные стереотипии, как заместительные компенсаторные феномены, уменьшающие 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 расторможением влечений и агрессивность.

Важным фактом является заключение, что парааутизм является функциональным и обратимым нарушением психического развития депривационного генеза. При нормализации условий воспитания до трехлетнего возраста детей 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 [18].

Несмотря на определенные различия состояний парааутизма, возникающего при разных формах психической депривации, большего внимания заслуживает их сходство не только между собой, но, что особенно важно, с истинным аутизмом типа РДА.

В случаях РДА и парааутизма одним из главных проявлений является – нарушение, обеднение или даже полная блокада функций коммуникаций в большей или меньшей степени выраженности. Данный факт объясняется, по-видимому, некоторыми общими механизмами возникновения данных нарушений.

В международной классификации болезней МКБ-10 [19] диагноза, отвечающего клинической картине психогенного аутизма (парааутизма) или экзогенного аутизма, нет. Относительно сходное состояние обозначено

Клинический
парааутизм и
эндогенный аутизм

рубрикой – **реактивное расстройство привязанности в детском возрасте**. Последнее характеризуется эмоциональными нарушениями и стойкими расстройствами социальных взаимодействий ребенка, являясь реакцией на изменение средовых условий в первые пять лет жизни. К основным проявлениями этого состояния отнесены тревожность, боязливость и неспособность к дифференцированным социальным взаимодействиям, агрессия к себе и другим, слабость и диффузность эмоциональных связей в сочетании с навязчивой прилипчивостью и неразборчивостью общения, трудностью установления доверительных коммуникаций, приостановка физического развития.

Парааутизм и феномен привязанности

Как видно из приведенного перечня, два сравниваемых клинического феномена (парааутизм и реактивное расстройство привязанности в детском возрасте) при их некотором подобии, по существу, являются разными состояниями. В расстройстве привязанности в детском возрасте основное место принадлежит нарушениям эмоционального развития в виде слабости эмоционального резонанса и недифференцированности эмоционального реагирования, в то время как состояния парааутизма характеризуются прежде всего нарушением функций общения.

Кроме того, парааутизм по структуре клинической картины более объемен и полиморfen, чем только нарушение привязанности, причем патология эмоциональной сферы входит в данный симптомокомплекс как сопутствующий, дополнительный компонент.

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

Разберем некоторые известные и вероятностные механизмы возникновения феномена парааутизма.

Основоположники психиатрии раннего возраста (микропсихиатрии – в отечественной терминологии) неврологи, педологи, психиатры и нейрофизиологи – В.М. Бехтерев и его сподвижники – Н.М. Щелованов, Н.П. Фигу-

Приоритет социальных потребностей в раннем онтогенезе

рин, М.П. Денисова [20] в начале XX века изложили концепцию раннего психического онтогенеза человека, ведущая роль в котором принадлежит, по их мнению, формированию и проявлению потребности **впечатления или социальным потребностям в общении**, равноценным, а в ряде случаев и превалирующим над органическими нуждами в пище и тепле. Последние снимают отрицательные эмоциональные реакции у малыша и создают почву для эмоций положительных, которые возникают в ответ на удовлетворение социальных потребностей. Сами же только органические потребности не могут заменить социально-эмоциональные нужды ребенка.

Позднее эти положения развивали отечественные и зарубежные нейропсихологи и физиологи – Л.С. Выготский [21], П.В. Симонов [22], К.В. Судаков [23], П.К. Анохин [24], А.Н. Леонтьев [25], А. Фрейд [26] и другие, утверждавшие 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.

Базовые инстинкты и их трансформация

В основе **первичной социальной активности** лежит один из базовых инстинктов – ориентировочный, который на первых же этапах онтогенеза трансформируется в рефлексы свободы, любознательности и сенсорного голода, составляющие фундамент функции общения, требующей, однако, для своего воплощения и развития активного соучастия среды.

Исследования в области младенческой психиатрии, педопсихиатрии и психологии в западных странах – М. Эриксона [27], Г. Липтона [28], Е. Антони [29], В. Бразелтона [30] и других выявили новые данные о приоритете в раннем онтогенезе человека развития потребности в социальных взаимодействиях и эмоциональных связях. Начало их функционирования отводится, по мнению одних авторов, к первым трем месяцам жизни, по мнению других – к первым часам новорожденного, не отрицая в развитии человека факта импритинга или феномена запечатления, установленного в 24 часа после рождения у животных. Время наступления последнего, возможно, растянуто на первые месяцы жизни младенца.

В эти критические периоды у ребенка начинают действовать «функциональные органы» [31] – улыбка и плач, с помощью которых младенец устанавливает первые контакты с миром (с матерью или лицом, ее заменя-

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

Из приведенных фундаментальных работ известно, что первичные комплекты адаптивного поведения младенческого периода, возникшие в ответ на окружающую среду настолько устойчивы, что производят впечатление наследственных, хотя таковыми не являются.

Первичная социализация и психическое развитие

В новых работах американского психолога С. Гринспина [32] также приводятся факты о значимости первичных контактов, которые устанавливаются в первые дни и недели жизни младенца. Их свойства заключаются в том, что те или иные формы социализации, раз возникнув, оказываются малообратимыми. Кроме того, выявлено, что ребенок способен инициировать контакт со взрослым ограниченное число раз, после чего утрачивает интерес к этому действию, а затем и к общению.

Механизмы аутизма и паратипа

Отсюда становится понятным, что **нарушения в первичной социализации, в основе которой 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 значительного сходства аутизма типа РДА с некоторыми формами паратипа. Сравним известные механизмы происхождения РДА с паратипом. Они различны по сути своего генеза. Эндогенный спектр расстройств при РДА и экзогенный психогенного ряда паратипа. Однако и при РДА, и при паратипе присутствуют общие точки приложения по-враждающего фактора (психической депривации) на подкорковые образования и третичную кору головного мозга. Можно предположить, что при РДА, в силу блокады сенсорных фильтров, по данным Л. Ерленмейер-Кимлинг [33] и наличия чувствительной гиперпатии, аутистическое поведение формируется по защитному механизму. При этом фронтальная и теменная области коры не получают необходимой средовой стимуляции и потому задерживаются в развитии. При паратипе тот же феномен наблюдается в результате экзогенного обеднения стимулирующей роли среды. Тем не менее следует отметить, что, несмотря на сближение в некоторых своих клинических проявлениях, паратип и синдром РДА остаются принципиально разными состояниями по своей природе.

Парааутизм – обратимое состояние

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 активизирующими факторами – сенсорными, когнитивными, эмоциональными, со стимуляцией базисных психиатрических систем – психической активности, эмоционального резонанса или адекватной эмоциональной откликаемости, когнитивной компетентности ребенка и др.

Из сказанного можно сделать следующее заключение: психогенный, депривационный или экзогенный аутизм – парааутизм – расстройство в рамках нарушений раннего психического онтогенеза, где фактор среды играет основную роль в возникновении патологии, наряду и с предрасположением к ней.

Депривация в различных ее формах является пусковым механизмом для нарушений психического развития в форме парааутизма.

Чем раньше и массивнее будет воздействие депривационного фактора, тем более выражены и его последствия.

Чем раньше по срокам начата психокоррекционная работа, тем оптимистичнее прогноз при парааутизме.

1. Beney T. Autism-an evoling concept // Britich J. of psychiatr, 2000. №76; Башина В.М. Аутизм в детстве. М., 1999; Каган В.Е. Аутизм у детей. Л., 1981; Лебединская К.С. Никольская О.С. и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., 1999; Никольская О.С. и др. Аутичный ребенок, пути помощи. М., 1997; Катан Г., Седок Б. Аутизм. Первазивные расстройства // Клиническая психиатрия. М., 1994. С. 231–244; Оклендер В. Руководство по детской психотерапии. Окна в мир ребенка. М., 1997. С. 114–131; Оудосхоорн Д. Социальная и клиническая психиатрия. Схема взаимодействия с ребенком. М., 1992. С. 6–10; Green W. Campbell M. et all. A Comporison of schizophrenia and autistic children // J. Am. Acad. Psychiatry. 1984. № 23.

2. Bolby D. Child care and the growth of love. L., 1987.

3. Lipton P. In «Durty the First Year of Life». N.Y., 1979. С. 128–139.

4. Answorz M. Deprivation of Maternal Care. In A Reassess ment of its Effect. Genewa, 1962. P. 151–155.

5. Freud A. The Ego and The Mechanism of Defence. L., 1961.
6. Spitz R. The First year of life. N.Y., 1965.
7. Мухина В.С. Лишенные родительского попечительства. М., 1991.
8. Дубровина И.В. и др. Психическое развитие воспитанников детского дома. М., 1990. С. 3–150.
9. Прихожан А.М. Дети без семьи. М., 1990; Батуев А.С. Психофизиологические основы формирования системы мать – дитя // Образование от А до Я. М., 2000. С. 14–31; Лангмайер И., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага, 1984; Фарбер Д.Ф., Бетелина Т.Г. Функциональная организация развивающегося мозга и формирование когнитивной деятельности // Физиология развития ребенка. М. 2000. С. 82–104.
10. Каган В.Е. Аутизм у детей. Л., 1981.
11. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., 1979.
12. Козловская Г. В. Особенности психических нарушений у детей с глубокими нарушениями зрения // Журнал невропатологии и психиатрии. 1971. №10. С. 12–15.
13. Матвеев В.Ф., Барденштейн Л.М. Закономерности патологического формирования личности у детей с рано приобретенной глухотой // Журнал невропатологии и психиатрии. 1975. № 10. С. 29–31.
14. Строганова Т.А. Ритмы ЭЭГ и развитие процессов контроля внимания: Автореф. дис.... докт. М., 2001.
15. Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Нарушения психического развития у детей сирот // Журнал невропатологии и психиатрии. 1995. № 5. С. 52–56.
16. Bolby D. Child care and the growth of love. L., 1987.
17. Spitz R. The First year of life. N.Y., 1965.
18. Каган В.Е. Аутизм у детей. – Л., 1981; Лангмайер И., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага, 1984; Козловская Г.В. Особенности психических нарушений у детей с глубокими нарушениями зрения // Журнал невропатологии и психиатрии. 1971. № 10. С. 12–15; Матвеев В.Ф., Барденштейн Л.М. Закономерности патологического формирования личности у детей с рано приобретенной глухотой // Журнал невропатологии и психиатрии. 1975. № 10. С. 29–31; Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Нарушения психического развития у детей сирот // Журнал невропатологии и психиатрии. 1995. № 5. С. 52–56.
19. МКБ – 10, ВОЗ. Женева, 2000.

20. Щелованов Н.М., Фигурин И.Л., Денисова М.П. Особенности ребенка раннего возраста // Педология и воспитание. М., 1928. С. 45–51.
 21. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М., 1984. Т. 4. Ч. 2. С. 243–368.
 22. Симонов П.В. Эмоциональный мозг. М., 1981.
 23. Судаков К.В. и др. Эмоциональный стресс. М., 1991.
 24. Анохин И.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М., 1968. С. 547.
 25. Леонтьев А.Н. Психическое развитие ребенка дошкольного возраста // Вопросы психологии ребенка. М., 1965. С. 13–29.
 26. Freud A. The Ego and The Mechanism of Defence. L., 1961.
 27. Erikson MJ. Psychomatics. 1975. Vol. 5. P. 20.
 28. Answor M. Deprivation of Maternal Care. In A Reassessment of its Effect. Genewa, 1962. P. 151–155.
 29. Anthony E. Children Contemp // J. Soc. 1982. Vol. 15. P. 1.
 30. Brazelton B. Social Network of the Development Infant. N.Y., 1979.
 31. Щелованов Н.М., Фигурин И.Л., Денисова М.П. Особенности ребенка раннего возраста // Педология и воспитание. М., 1928. С. 45–51.
 32. Greenspan C. Infancy and early child hood. Boston, 1992.
 33. Erlenmeyer-Kimling L.J. Biological perspective. Berlin-Chicago, 1987. P. 26–31.
-

