



УДК 159.97

[https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-8\(26\)-371-388](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2022-8(26)-371-388)

Бочелюк Віталій Йосипович доктор психологічних наук, професор, Заслужений працівник освіти України, професор кафедри соціальної роботи та психології, Національний університет «Запорізька політехніка», вул. Тургенева, 39, м. Запоріжжя, 69063, тел.: (066) 292-43-47, <https://orcid.org/0000-0001-8727-3818>

Панов Микита Сергійович доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри спеціальної освіти та психології, Комунальний заклад вищої освіти «Хортицька національна навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради, вул. Наукового містечка, 59, м. Запоріжжя, 69017, тел.: (050) 936-10-29, <https://orcid.org/0000-0002-5085-8895>

Спицька Ліана Вікторівна доктор психологічних наук, професор, професор кафедри практичної психології та соціальної роботи, Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля, вул. Шевченка, 12, м. Кам'янець-Подільський, 32316, тел.: (096) 760-26-45, <https://orcid.org/0000-0002-9004-727X>

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АУТИЗМУ, ОЗНАКИ ТА СИМПТОМИ ПОРУШЕННЯ

Анотація. У статті представлено огляд теоретичної літератури з питань симптомів, ознак та клінічних проявів аутизму. Зазначається, що під аутизмом мається на увазі цілий спектр розладів аутистичного спектру. Визначено перелік розладів аутистичного спектру за Міжнародною класифікацією хвороб та Керівництва з діагностики та статистики психічних розладів. У статті описано симптоми класичного дитячого аутизму, синдрому Аспергера, синдрому Ретта, атипового аутизму та інших розладів аутистичного спектру. Визначено основні труднощі діагностики аутизму, до яких належить: відсутність системи комплексної диференційної діагностики дитини, складність діагностики самого феномену аутизму, адже кожна дитина відрізняється симптоматикою та особливістю протікання захворювання. З метою знайти вихід із складної діагностичної ситуації клінічною практикою було введено декілька нових термінів, а саме: аутизм стали називати «розладами аутичного спектру» для того, щоб охопити діагнозом різні ступені прояву розладу. При



цьому визначено, що класичний аутизм діагностується тріадою розладів: вади соціальної взаємодії; порушеність взаємної комунікації; обмеженість інтересів і повторювальний репертуар поведінки. Втім, при різному ступені захворювання ці симптоми мають різну глибину та різні особливості прояву. Дітей з аутизмом прийнято розділяти на чотири групи за ступенем важкості розладу, а критеріями для розподілу є: ступінь дефіциту потреби у спілкуванні, особливості афективної дезадаптації, рівень порушення поведінки внаслідок недорозвитку регулятивних функцій, варіативність і специфічність інтелектуального і мовленнєвого розвитку. Крім того, вирізняють синдром Аспергера, синдром Ретта, атиповий аутизм та парааутичні розлади, які мають власні дещо специфічні симптоми. Перехресний характер симптомів аутизму з іншими розладами та порушеннями. У випадку, якщо симптоми дитини не відповідають симптомам дорослих розладів, а відповідно конкретний розлад є неуточненим, їй ставлять діагноз із формулюванням «порушення нейророзвитку». У МКХ-10 є відповідний шифр для неуточненого розладу розвитку – F84.9. Однак це не полегшує процес діагностики та ситуацію для подальшої психокорекції, хоча й дозволяє відділити дітей іншої групи захворювання у звітній медичній документації.

Ключові слова: аутизм, розлади аутистичного спектру, симптоми аутизму, рання діагностика аутизму, синдром Каннера, синдром Ретта, синдром Аспергера, атиповий аутизм, порушення нейророзвитку.

Bocheliuk Vitalii Yosypovych Full Doctor in Psychology, Professor, Honored Education Worker of Ukraine, Professor at the Department of Social Work and Psychology, «Zaporizhzhia Polytechnic» National University, Turhenyeva St., 39, Zaporizhzhya, 69063, tel.: (066) 292-43-47, <https://orcid.org/0000-0001-8727-3818>

Panov Mykyta Serhiyovych Full Doctor in Psychology, Assistant Professor, Professor at the Department of Special Education and Psychology, Municipal Institution of Higher Education «Khortytsia National Educational Rehabilitation Academy» of Zaporizhzhia Regional Council, Naukovoho mistechka St., 59, Zaporizhzhya, 69017, tel.: (050) 936-10-29, <https://orcid.org/0000-0002-5085-8895>

Spytska Liana Viktorivna Full Doctor in Psychology, Professor, Professor at the Department of Practical Psychology and Social Work, Volodymyr Dahl East Ukrainian National University, Shevchenko St., 12, Kamianets-Podilskyi, 32316, tel.: (096) 760-26-45, <https://orcid.org/0000-0002-9004-727X>



CLINICAL MANIFESTATIONS OF AUTISM, SIGNS AND SYMPTOMS OF THE DISORDER

Abstract. The article presents a review of the theoretical literature on symptoms, signs and clinical manifestations of autism. It is noted that autism refers to a whole range of autistic spectrum disorders. The list of disorders of the autistic spectrum according to the International Classification of Diseases and the Manual on Diagnostics and Statistics of Mental Disorders has been determined. The article describes the symptoms of classic childhood autism, Asperger syndrome, Rett syndrome, atypical autism and other autism spectrum disorders. The main difficulties of diagnosing autism have been identified, which include: the lack of a system of complex differential diagnosis of a child, the difficulty of diagnosing the phenomenon of autism itself due to the variety of manifestations of the disorder, as well as the crossover nature of the symptoms of autism with other disorders and disorders, because each child has different symptoms and characteristics of the course of the disease. In order to find a way out of the difficult diagnostic situation, several new terms were introduced in clinical practice, namely: autism began to be called «autistic spectrum disorders» in order to include the diagnosis of various degrees of manifestation of the disorder. At the same time, it was determined that classic autism is diagnosed by a triad of disorders: defects in social interaction; violation of mutual communication; limited interests and repetitive behavior repertoire. However, at different degrees of the disease, these symptoms have different depth and different features of manifestation. It is customary to divide children with autism into four groups according to the degree of severity of the disorder, and the criteria for division are: degree of deficit in the need for communication, features of affective maladjustment, level of behavioral disturbance due to underdevelopment of regulatory functions, variability and specificity of intellectual and speech development. In addition, there are Asperger syndrome, Rett syndrome, atypical autism and paraautistic disorders, which have their own somewhat specific symptoms. The crossover nature of autism symptoms with other disorders and disorders. If the child's symptoms do not correspond to the symptoms of adult disorders, and accordingly the specific disorder is unspecified, he is given a diagnosis with the wording «neurodevelopmental disorder». In International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10, there is a corresponding code for an unspecified developmental disorder – F84.9. However, this does not facilitate the diagnostic process and the situation for further psychocorrection, although it allows children to be separated from a different group of diseases in the reported medical documentation.



Keywords: autism, autism spectrum disorders, autism symptoms, early diagnosis of autism, Kanner syndrome, Rett syndrome, Asperger syndrome, atypical autism, neurodevelopmental disorders.

Постановка проблеми. Проблема аутизму у світі не втрачає своєї актуальності. Якщо раніше вчені говорили про 1 людину із захворюванням із 100 здорових, то на сьогодні це вже 1 із 88. Кількість людей із розладами аутистичного спектру становить 1% від населення планети, а це більше, ніж усе населення України. Станом на 2020 рік в Україні на обліку перебувають 7,5 тисяч осіб із РАС [6]. Поширеність цього розладу наголошує на необхідності якомога більш ранньої діагностики та корекції захворювання. Саме тому вважаємо за необхідне розгляд питання клінічних проявів аутизму, його ознак та симптомів. Матеріали статті стануть у нагоді батькам, педагогам та психологам з метою раннього виявлення розладу та підбору ефективних методів психокорекції.

Мета статті – теоретичний огляд наукових джерел з питання клінічних проявів аутизму, його ознак та симптомів порушення.

Виклад основного матеріалу. На сьогоднішній день в Україні не існує спеціальних державних програм, завданням яких би була планова рання диференціальна діагностика аутизму у дітей. Однак, виявлення розладу на ранніх стадіях сприяє більш істотним та помітним результатам корекції. Отже, відповідальність за ранню діагностику аутизму наразі більшою мірою покладається на батьків. Варто також зазначити, що симптоми аутизму з'являються саме в дитячому віці та є сталими. Розлади аутистичного спектру заважають подальшому розвитку, соціалізації таких дітей та їх подальшій можливості нормального існування в суспільстві. В той же час рання діагностика та корекція допомагає максимально задіяти компенсаторні можливості організму дитини [8]. Однак, вчені зазначають, що в Україні існує проблема діагностики аутизму у дітей, оскільки у звітній документації діти з аутизмом часто перебувають на обліку з діагнозом «розумова відсталість» чи «затримка психомовного розвитку» [4].

Аутизм є комплексним порушенням розвитку, тому для його діагностики недостатньо лише якогось одного симптому. Зазвичай із аутизмом пов'язують тріаду розладів: вади соціальної взаємодії; порушеність взаємної комунікації; обмеженість інтересів і повторювальний репертуар поведінки [8]. При цьому важливим є саме їх поєднання, адже окремі симптоми «тріади» трапляються і при нормальному розвитку та є проявами особистісних особливостей особистості. Так, наприклад, у разі шизоїдного типу особистості спостерігається домінування замкненого внутрішнього життя, активне



усунення від довкілля, бідність вираження емоцій [8]. Певна трансформація симптомів аутизму відбулася на етапі дослідження цього явища, де було виявлено, що клінічна картина аутизму варіюється між різними людьми. Наприклад, не всі аутичні діти (подібно до пацієнтів Л. Канера) уникали соціальної взаємодії. Тож у результаті подальших досліджень з'явилося поняття «аутичний спектр». Розлади аутичного спектру представлені у Міжнародній класифікації хвороб кодом F84 та віднесені до розладів розвитку. До цієї групи розладів належать: дитячий аутизм, атиповий аутизм, синдром Ретта, інший дезінтегративний розлад дитячого віку, гіперактивний розлад, поєднаний з розумовою відсталістю та стереотипними рухами, синдром Аспергера, інші загальні розлади розвитку, загальний розлад розвитку неуточнений [3].

За визначенням Керівництва з діагностики та статистики психічних розладів (DSM-IV), розробленого Американською асоціацією психіатрів, поняття «розлад аутистичного спектра» включає стани: аутистичний розлад (синдром Канера); синдром Аспергера; синдром Ретта; некласифікований первазивний розлад розвитку (PDD-NOS); дитячий дезінтегративний розлад [4].

Труднощі ранньої діагностики проявляються у тому, що найбільш вираженою клінічна картина розладу є після 2,5 років, а до цього віку симптоми виражені слабо, в прихованій формі, хоча й зазначається що діагностика захворювання має відбутися до 3-річного віку. Тож часто педіатри та сімейні лікарі недостатньо обізнані в даній сфері, що заважає розгледіти в ранніх симптомах аномалії розвитку, а батьки, які помічають «незвичність» своєї дитини, довірившись неспеціалісту і не отримавши адекватного підтвердження, перестають бити на сполох [7].

Втім, перші прояви аутизму можуть бути приховані навіть у задоволенні вітальних потреб. Батьки можуть відзначати особливості поведінки й реагування дитини у грудному віці, такі як труднощі годування, коли дитина відмовляється від грудей або в'яло смокче, або ж навпаки, смокче груди дуже жадібно і не може насититися. Апетит може бути поганим, нерідко він вибірковий. У багатьох дітей є проблеми зі шлунково-кишковим трактом, окрім того досить часто відзначається схильність до алергічних проявів. Можливі порушення сну: дитина може практично не спати, а може, навпаки, спокійно і багато спати, або лежати у ліжечку годинами з розплющеними очима без ознак занепокоєння. Є різні варіанти реагування на зовнішні подразники: від підвищеної лякливості та страху щонайменших шерехів до практично зовсім браку реакцій.

Та найбільш помітними та дискомфортними для батьків є симптоми порушення соціальної взаємодії: діти не тягнуться на руки, а перебуваючи на



руках у матері – не туляться, не обіймаються. У такої дитини порушена реакція на емоції інших. Вона рідко плаче, коли їй боляче, а коли неприємно, може дряпати, кричати і навіть кусати, або бити і кусати себе. Вона практично не звертається за співчуттям чи з проханням про допомогу до інших. Характерним є те, що в аутичної дитини не формуються потрібні для спілкування рухи (вказівні жести, рухи головою (згода/ заперечення), привітання, прощання тощо). Спроби «проникнути» у світ дитини, залучити до контакту призводять до спалаху тривоги, агресивних і самоагресивних проявів.

Ставлення до інших дітей також незвичайне: дитина може ігнорувати інших або навпаки проявляє настільки бурхливі почуття, що це лякає інших дітей. У спільній грі дитина з аутизмом майже ніколи не бере участі. Привертає увагу дитина до себе часто незвичайним способом, наприклад, штовхнувши або ударивши іншого.

Яскраво вираженими є комунікативні проблеми: дитина може не говорити або говорити щось сама собі. При цьому вона не використовує ні звуки, ні жести для спілкування. Мовлення стереотипне і найчастіше звучить як безпосередня чи відтермінована ехोलалія, характерні прояви певної повторювальної вокалізації, скандована вимова, тягуча інтонація, лепет. Дитина часто не реагує на звернене мовлення, не відгукується на своє ім'я. Первинні порушення комунікації призводять до вторинного впливу спілкування на мислення та поведінку. Проблеми у спілкуванні впливають на можливість адекватно сприймати й інтерпретувати інформацію, мати достатні й адекватні виразні засоби спілкування, взаєморозуміння з його регулювальним впливом на мислення й поведінку, а також можливість адекватно планувати і гнучко варіювати поведінку, вибирати спосіб і стиль спілкування [8]. Порушення комунікації стає на заваді передачі досвіду, навчання дитини, унеможлиблює становлення адекватних стосунків з оточуючими.

В осіб з аутизмом спостерігається безліч форм повторювальної й обмеженої поведінки, характер маніпуляцій предметами дивний, незвичний, не схожий на те, як поводять себе інші діти.

Важливим діагностичним критерієм розвитку дитини є складання нею пірамідки. Дитина з аутизмом не будує пірамідку з кубиків, а складає їх (як й інші предмети) у ланцюжок, а якщо і будує пірамідку, то тільки одним й тим самим способом, не допускаючи участі в цьому процесі іншої людини.

Від тяжкості стану й етапу динаміки залежить порушення ігрової активності як основного виду дитячої діяльності та може виявлятися в механічному маніпулюванні частинами свого тіла чи предметами (частіше – неігровими предметами: ключами, гайками, мотузками тощо), в неадекватному використанні іграшок, вибіркового користування іграшками в самотніх



безсюжетних нерольових іграх, рольових іграх наодинці («спілкування з предметами»), тих або інших формах ігрової взаємодії.

Найбільш неадекватною поведінка дитини стає у громадських місцях. Так, вона може кричати, у магазині все хапати з полиць. А якщо хтось звертає на неї увагу, починає нервувати. У дитячому саду не дотримується режиму, не слухає вихователів, не бере участі в заняттях. Такі поведінкові прояви виникають як правило у місцях скупчення людей та зумовлюють багато соціальних труднощів для батьків, однак викликані вони зазвичай фізичним дискомфортом від надмірних слухових та зорових вражень або, можливо, дискомфортом від тактильних відчуттів, про який дорслі можуть навіть не здогадуватись.

Дитина з розладами аутичного спектра має також проблеми з моторикою: вона незграбна порівняно з однолітками, позбавлена невимушеності; їй важко стрибати, вона не спроможна марширувати, має маріонетковий характер рухів, порушену координацію, брак цільових, виразних і влучних рухів. Рухи слабо координуються, дитина неспроможна керувати розподілом м'язового тону; спостерігається анімія, скутість пози, невелика кількість жестів. Дрібну моторику у таких дітей, зазвичай, набагато краще розвинено ніж загальну [8].

Існують певні порушення сенсорної системи дитини з аутизмом, їх характерними проявами є: фрагментарність сприймання зовнішньої інформації (фіксація на певних зорових об'єктах, звукових або дотикових враженнях) за нездатності сприйняти цілісну ситуацію; труднощі одночасного сприймання інформації, яка поступає від різних органів відчуття (якщо бачить, то не чує; якщо чує, то не відчуває); занижена чи суттєво завищена чутливість на певні зовнішні подразники. Через такі сенсорні порушення мозок не здатний усвідомити інформацію, що потрапляє через органи чуття, і узагальнити її в образи сприймання (інтегрувати), а потім – оформити у поняття [8].

Провідні особливості порушеної емоційності – асинхронія та нерівномірність її розвитку. Клінічно це виявляється поєднанням складних, зокрема й соціальних, емоцій із затримкою розвитку простих видів емоційного реагування. Недостатність емоційного резонансу – вторинний, похідний від особливостей сприймання й пізнавального розвитку, феномен. Розуміння емоційного стану іншої людини для дитини часто недоступно або реакція її неадекватна, наприклад, сміється, якщо мама плаче, хоча нерідко батьки відзначають, що дитина дуже чутлива до їхнього настрою, виявляє увагу до них, коли вони в особливому стані, а також – своєрідно звертаються за радістю.

Стан інтелектуальних функцій та інтелектуальний розвиток у аутичних дітей досить суперечливий та має широкий діапазон коливань. Серед дітей із



Синдромом Каннера є і такі, що мають порушення інтелекту, але є й ті, які його не мають, та з часом досить добре адаптуються у соціальному середовищі. Згідно досліджень L. Eizenberg та L. Kanner (1956) серед дітей аутистів 2/3 досліджуваних характеризувалися відставанням у розумовому розвитку, а 1/3 мали інтелект в межах норми. Вірогідно, порушення пізнавальної діяльності у цих дітей – це вторинний результат аутичної поведінки, яка перешкоджає формуванню та дозріванню інтелектуальних функцій. Тому порушення інтелекту на пряму залежить від глибини захворювання. Інтелектуальна діяльність у разі раннього дитячого аутизму нерівномірна: є певні функції, які значно відстають від вікової норми (соціальний інтелект, мовлення, вербальний інтелект, побутові навички), але є й такі, що відповідають нормі, або навіть значно випереджають її (наприклад, невербальний інтелект, який виявляється у здатності оволодівати комп'ютером та іншою електронною технікою, конструюванні, музиці, образотворчому мистецтві, математиці).

Для дітей з аутизмом притаманні: фрагментарність когнітивного (зокрема й перцептивного) оброблення інформації; обмеження у спроможності інтерпретувати сприйману інформацію та розуміти її смисл; високо розвинена механічна пам'ять і певні типи асоціацій, наприклад, асоціації за суміжністю; відставання чи цілковитий брак розвитку експресивного мовлення, стереотипне використання мови; „негнучкий” процес мислення, буквальне розуміння непрямого смислу; викривлене розуміння загального смислу того, що відбувається; довга затримка у формуванні комплексу «Я»; слабка координація рухів, неспроможність керувати розподілом м'язового тону; незвична зорова пам'ять: запам'ятовування маршрутів, розташування знаків на папері, клавіш і кнопок на електронних приладах тощо [8].

У Міжнародній класифікації хвороб дитячий аутизм або синдром Каннера представлено кодом F84.0. МКХ-10 надає такий перелік критеріїв діагностики, за якими встановлюється діагноз:

1) Порушення соціальної взаємодії у щонайменше двох наступних сферах:

- нездатність адекватно використовувати для соціальної взаємодії зоровий контакт, міміку, жестикуляцію, пози;

- нездатність до встановлення взаємостосунків з ровесниками, які включали б взаємні інтереси, заняття та емоції (відповідно до психічного віку та за умови сприятливих обставин);

- відсутність соціоемоційної взаємності, що проявляється у порушеній чи девіантній реакції на емоції інших або відсутність модуляції поведінки відповідно до соціальної ситуації чи слабкість інтеграції соціальної, емоційної та комунікативної поведінки;

- відсутність спонтанного пошуку можливості розділити з іншими людьми радість, інтереси чи досягнення (наприклад, дитина не демонструє



іншим людям предмети, що їй цікавлять, та не прагне привернути до них увагу оточуючих;

2) Якісні аномалії у спілкування проявляються по меншій мірі в одній із двох областей:

- відставання у розвитку мовлення чи повна його відсутність, що не супроводжується спробами компенсувати цей недолік жестикуляцією та мімікою як альтернативними способами комунікації (в багатьох випадках супроводжується відсутністю «гуління» у більш ранньому віці);

- відносна нездатність починати чи підтримувати взаємний обмін репліками при спілкуванні (при будь-якому рівні мовленнєвого розвитку), що потребує реагування у процесі комунікації з іншою особою;

- повторювальне та стереотипне мовлення;

- відсутність різноманітних спонтанних ігор, у процесі яких дитина уявляє себе кимось чи імітує виконання певних соціальних ролей;

3) Обмежений набір повторювальних, стереотипних форм поведінки, інтересів та занять, що проявляється по меншій мірі в одній із наступних областей:

- захоплення одним чи декількома стереотипними та обмеженими інтересами, які є аномальними по змісту чи спрямованості, або по інтенсивності та обмеженому характеру;

- явна компульсивна тяга до специфічних, таких що не мають раціонального пояснення ритуалів чи до дотримання раз і назавжди заведеного розпорядку;

- стереотипні та повторювані рухи кистей рук або більш складні рухи всього тіла;

- збільшена увага до частей предметів чи нефункціональних властивостей іграшок (запах, фактура поверхні, шум чи генеруєма вібрація) [3].

Загальновідомо, що діти з аутизмом мають різні симптоми в залежності від ступеня глибини порушень, саме тому прийнято розділяти розлади аутистичного спектру на чотири групи.

Для першої групи найбільш характерні глибокі і складні порушення. Діти з таким діагнозом не здатні обслуговувати себе, у них повністю відсутня потреба у взаємодії з оточуючими. Пацієнти невербальні [5]. Для цієї групи дітей характерно різке зниження інтелекту. У афективній сфері спостерігається самоагресія як прояв аутичного захисту, неадекватні марення, страхи. Діти не звертають уваги на предмети, рухаються у невизначеному напрямі, не уважно зачіпають речі, часто не дивлячись на них. Під час мимовільних рухів можуть спостерігатися високо координовані, пластичні рухи, (приклад, ходіння по тоненькій дощечці, стрибки зі складним чергуванням ніг, точні рухи руки при



спробі зловити предмет). Когнітивні процеси проявляються через активні форми аутостимуляції (розгойдування, стрибки, лазіння). Під час обстеження предметів використовують дотикові вестибуляторні і смакові відчуття. Для цієї групи дітей характерно різке зниження інтелекту. Такі діти потребують постійної опіки з боку дорослих в умовах спеціального закладу або сім'ї [9].

У дітей другої групи можна помітити наявність жорстких обмежень в моделях поведінки. Будь-які зміни у схемі (наприклад, невідповідність у звичному режимі дня або обстановці) можуть спровокувати напад агресії і зрив. Дитина достатньо відкрита, але мова її проста, побудована на ехолалії. Втім, і у спілкуванні дитина дуже чутлива до незвичних умов: випадково зустрівши погляд когось, різко відвертаються, викрикують, закривають обличчя руками. Афективні порушення дитини посилюються під час зміни оточуючого середовища. Страхи обумовлені підвищеною гіперчутливістю (страх сторонніх, малопомітних зайвих шумів, запахів, яскравих блискучих предметів). Рухи дитини мало координовані, але пластичніші, порівняно з дітьми першої групи. Спостерігається напруження м'язового тону, недорозвинення тонкої моторики. Когнітивні процеси проявляються через символічні ігри, які відрізняються вираженими стереотипами (наприклад, дитина може годинами гратися з мотузкою, паличками). Можливий високий рівень розвитку механічної пам'яті як в зоровій, так і в слуховій модальностях. Дуже чутливе сприймання (наприклад, дитина може помітити невелику крапку, почути слабкий звук). Діти з цієї групи здатні відтворювати побутові навички [5]. В інтелектуальній сфері можливі узагальнення предметів, але переважно за афективними ознаками. Найбільш успішне виконання невербальних завдань. Такі діти можуть оволодіти елементарними навичками, можуть навчатися в домашніх умовах за індивідуальною програмою, однак вони потребують постійної опіки з боку дорослих [9].

Для третьої групи характерна більш складна поведінка: діти можуть бути дуже захоплені яким-небудь предметом, видаючи потоки енциклопедичних знань при розмові. З іншого боку, побудувати двосторонній діалог дитині складно, а знання про навколишній світ фрагментарні [5]. Афективна сфера відрізняється негативізмом як реакцією на невдачу, можлива агресія, яка найчастіше проявляється у вербальних формах. Афективні переживання проявляються в постійних вербальних монологіях, в однотипних малюнках (дитина може постійно говорити про пожежі, краді, вбивства). Підвищена зацікавленість до предметів також може бути проявом страху (наприклад, зацікавленість до горщика, електророзетки, сірників). Поведінка дітей цієї групи більш цілеспрямована. Діти майже не зосереджені на відчуттях свого власного тіла або на окремих зовнішніх враженнях. В зв'язку з цим мало



цілеспрямованих маніпуляцій з предметами. У моторній сфері характерна незграбність, порушення м'язового тону, слабка координація рухів тулуба, рук, ніг, тяжка хода. На ефективність сприймання суттєвий вплив чинить афективна установка. Сприймання вибіркове. Когнітивні процеси вирізняються високим рівнем розвитку пам'яті, особливо на афективно значущі події. Інтелектуальна діяльність вирізняється нерівномірним темпом. Збережені узагальнення, міркування за суттєвими ознаками, але мотивація відповідей утруднена. Обмеженість інтелектуальних інтересів (наприклад, одноманітні захоплення, стереотипні відтворення окремих вражень). Для дітей цієї групи можливим є навчання в домашніх умовах або в корекційних класах за спеціальною програмою. Під час цілеспрямованої корекції можливе самостійне проживання під наглядом родичів або опікуна і оволодіння трудовими навичками [9].

Діти четвертої групи вже схильні до нестандартної і навіть спонтанної поведінки, але в колективі боязкі і сором'язливі, важко йдуть на контакт і не проявляють ініціативу при спілкуванні з іншими дітьми. Під час контакту з оточуючими помітна підвищена вразливість. Реакцією на невдачу є ізольованість від оточуючих. Спостерігаються страхи. Поведінка дитини загалом цілеспрямована. При напруженій ситуації можуть спостерігатися моторні стереотипії, переживання, зниження концентрації уваги. Виражених порушень у розвитку моторної сфери не спостерігається, однак наявні труднощі в засвоєнні моторних навичок. В цілому рухи відрізняються уповільненістю, незграбністю (порівняно зі здоровими дітьми). Ефективність сприймання в значній мірі залежить від емоційного стану дитини. В незнайомій ситуації, а також в ситуації, яка потребує максимального спілкування, ефективність когнітивних процесів знижується. Прояви окремих здібностей, як правило, пов'язані з невербальною сферою (музикою, конструюванням, малюванням). Діти відрізняються нормальним рівнем розвитку спілкування, суджень, висновків. Втім, у надзвичайних ситуаціях можливі стереотипії мисленнєвих операцій, афективне забарвлення. Лише для представників цієї групи прогноз є благосприятливим та для дитини можливе навчання за масовою програмою в школі [9].

Отже, значною мірою симптоми аутизму залежать від тяжкості прояву, однак для усіх груп характерним є: дефіцит потреби у спілкуванні, афективна дезадаптація, порушення поведінки внаслідок недорозвитку регулятивних функцій, варіативність і специфічність інтелектуального і мовленнєвого розвитку [9].

Окреме місце у спектрі аутистичних розладів займають Синдром Аспергера та Синдром Ретта.



Синдром Аспергера, як і класичний аутизм, характеризується якісними порушеннями соціальної взаємодії, обмеженими стереотипними формами поведінки й інтересів. Проте даний синдром є більш м'якою формою аутизму та, незважаючи на те, що симптоми розладу з'являються так само ще у ранньому дитинстві, розлад зазвичай діагностують набагато пізніше, перед вступом дитини до школи, коли очевидними стають її труднощі у комунікації з однолітками [8]. Нозологічну самостійність розладу не було визначено, тому його віднесли до розладів аутистичного спектру [3]. Особливості соціальної взаємодії в даному випадку менш виражені, аніж у разі дитячого аутизму. Присутність іншої людини дитина не ігнорує цілком, а розрив з реальністю не такий глобальний. Для дитини із розладом характерні егоцентризм і низька здатність до взаємодії з однолітками, яке можлива зазвичай за наявності спільного інтересу, або коли дитині щось потрібно від іншої людини. Ставлення до дорослих навпаки може бути надтовариським й без усяких меж, коли дитина на вулиці починає розмовляти з незнайомою людиною, поводитьсь занадто вільно, може підходити до людей, чіпати їх за одяг, щось гучно говорити. Діти з Синдромом Аспергера не прагнуть самотності, але їм складно зав'язувати й підтримувати дружні стосунки. Одне з найхарактерніших особливостей якісного порушення взаємодії у разі аутизму – невміння оцінити ситуацію, вийти за її межі, оцінити з боку; невміння поставити себе на місце іншого, неспроможність передбачати реакцію іншої людини. Характерним для осіб із синдромом Аспергера є також так зване резонерство – безплідне мудрування, непродуктивність словесних розповідей або відповідей на запитання. Через це їхнє мовлення набуває характеру «розірваності» [8]. Основна відмінність від аутизму полягає у відсутності загальної затримки чи відставання у розвитку мовлення чи когнітивних функцій [3].

Характерним є зовнішній вигляд таких дітей: відчужений вираз обличчя з бідною мімікою, фіксований, «загадковий» погляд з несподіваною фіксацією на випадкових предметах та інших людях. Нерідко вираз обличчя стає зосереджено-самозаглибленим (брови зрушені, погляд спрямований начебто всередину себе). Виразних мімічних рухів мало, жестикуляція має вузький спектр проявів. У школі їх сприймають як диваків. У них зазвичай немає друзів. Ці діти також схильні до розпорядку й ритуалів, але така їхня властивість має «вищий» рівень, аніж у дітей з класичним аутизмом. При цьому, на відміну від класичного аутизму, такі діти не мають виражених інтелектуальних порушень. Однак дане твердження є дещо умовним, оскільки існують значні труднощі із соціальним інтелектом, в той час як навички пізнавального характеру є досить збереженими. Інтереси таких дітей скоріше абстрактні, не характерні для дітей, наявна певна одержимість ними, а зацікавленості реальним життям немає;



типова для них також непристосованість у побутових обставинах. Накопичуючи велику кількість знань, вони не можуть використовувати їх у практичному житті. Прагнення вирішення питань про «життя», «всесвіт» і тому подібне можуть поєднуватися у цих дітей з безглуздим збиранням залізок, картинок та інших дріб'язкових предметів [8].

Синдром Ретта є особливим порівняно із двома іншими, оскільки в більшій мірі виникає у дівчаток (в той час як загальна статистика аутизму вказує на більшу поширеність розладу серед хлопчиків). Розлад виникає після періоду нормального розвитку вираженою нейроморфологічною патологією й поєднанням психічних розладів з важкими неврологічними порушеннями. Період регресу нервово-психічного розвитку відбувається у віці 1-3 років і супроводжується нападами неспокою, крику, порушеннями сну. Протягом кількох тижнів-місяців дитина втрачає набуті навички, а саме: зникають спрямовані рухи рук, дитина перестає говорити. Одночасно з'являються характерні стереотипні рухи, які нагадують «миття рук». Можливі судомні напади, які чергуються з періодами гіпервентиляції. Важливий симптом – втрата контакту з іншими людьми [8]. МКХ-10 вказує, що розлад можна помітити у віці від 7 до 24 місяців: у віці від 5 місяців до 4 років відбувається уповільнення росту голови, а від 5 місяців до двох з половиною років – втрата цілеспрямованих рухів рук, що супроводжується розвитком комунікативної дисфункції та порушення соціальної взаємодії; відмічається нестійка хода та порушення координації рухів тулуба [3]. При цьому Т. Скрипник [8] зазначає, що стан дитини відносно стабілізується у дошкільному та ранньому шкільному віці. Наявні глибока розумова відсталість, судомні напади, а також екстрапірамідні розлади: дистонія м'язів, атаксія, гіперкінези. На цей самий період нападів неспокою немає, покращується сон, стає можливим емоційний контакт з дитиною. Та при переході у ранній підлітковий вік відбувається прогресування рухових розладів. Хворі нерухомі, наростає спастичність, м'язові атрофії та вторинні ортопедичні деформації (сколіоз), з'являються вазомоторні розлади, особливо на нижніх кінцівках, відставання в зрості, а у деяких хворих розвивається кахексія (виснаження). Судоми рідкі, можливе емоційне спілкування з хворим. У такому стані особи з синдромом Ретта можуть перебувати десятки років. У періоди регресу розвитку хворі стають менш доступними для спілкування, однак навіть у цей момент здатність до взаємодії є частково збереженою. Діти з Синдромом Ретта зазвичай не мають значних труднощів із розумінням мови, але активне мовлення їм дається важко. Обмеженням є розуміння слів із абстрактним значенням. Та за умови втрати мовлення і здатності до жестикуляції як певна компенсація може розвиватися спілкування за допомогою погляду, коли дитина здатна чітко показувати



поглядом на вибраний об'єкт, що зазвичай і використовується в педагогічних цілях. У поведінці спостерігаються характерні для аутизму порушення: поведінка одноманітно-монотонна, відбувається втрата набутих цілеспрямованих рухів рук. Втім, Синдром Ретта характеризується найбільшими порушеннями у моторній сфері. Для хворих характерна глибока затримка психомоторного розвитку. Порушення координації захоплюють як тулуб, так і кінцівки. Спостерігаються порушення рівноваги, тремор, хода на широко розставлених ногах з похитуванням. Рухи стають загальмованими. Сколіоз. Загальний моторний неспокій. Деякі особи із синдромом Ретта не встигають у ранніх проявах хвороби набути навички ходи. Більшість дітей, які вміють ходити, утрачають цю здатність. Спостерігають низький психологічний тонус. Обличчя дитини поступово набуває сумного, «неживого» виразу, погляд стає розфокусованим або спрямованим в одну точку перед собою [8]. Результатом цього стану майже завжди є тяжка розумова відсталість [3].

Вирізняють також атипичний аутизм, який розвивається на тлі глибокого розумового відставання, діагностується у більш пізньому віці та характеризується симптомами не усіх трьох психопатологічних сфер, а лише однієї чи двох [8]. Ця підкатегорія використовується лише у тому випадку, коли ознаки аномального чи порушеного розвитку проявляються лише у віці старше трьох років та при відсутності чітких симптомів в одній чи усіх трьох психопатологічних сферах, необхідних для діагностики аутизму, попри наявності характерних аномалій у двох інших сферах. Частіше за все атипичний аутизм виникає у дітей із глибокою розумовою відсталістю та тяжким специфічним розладом розвитку рецептивного мовлення. Аутизм може бути атипичним по віку початку (F84.10) або по симптоматиці (F84.11), або по обом цим показникам (F84.12) [3].

У випадку, якщо дитина виховувалася у дитячому будинку та не мала контакту з матір'ю, у неї може формуватися так званий психогенний аутизм. Його особливість полягає в тому, що при наявних аутичних симптомах дитина здатна до навчання та наслідування, не проявляє негативізму й парадоксальних реакцій. При зоровій, слуховій (у випадку сліпоти чи глухоти) або інших типах депривації симптоми аутизму можуть виникати як наслідок позбавлення дитини можливості повноцінного спілкування з навколишнім світом. Такі прояви аутизму називають парааутичними розладами [8].

Код F84.3 Міжнародної класифікації хвороб позначає термін «Інший дезінтегративний розлад дитячого віку». Це загальний розлад розвитку, відмінний від синдрому Ретта, але якій також визначається періодом цілком нормального розвитку до його початку, а після протягом кількох місяців відбувається помітна втрата раніше набутих навичок у декількох сферах



розвитку. Як мінімум до дворічного віку розвиток протікає без видимої патології. В цей час спостерігаються нормальні навички у спілкуванні, соціальних зв'язках, іграх та адаптивна поведінка. Відмічається відчутна втрата навичок приблизно під час початку розладу. Для діагнозу необхідна клінічно значуща втрата як мінімум у двох із наступних областей: експресивне та рецептивне мовлення, ігрова діяльність, соціальні навички та адаптивна поведінка, контроль над функціями кишківника та сечового міхура, моторні навички. Якісно патологічне соціальне функціонування проявляється по меншій мірі у двох з наступних областей:

- якісні порушення у реципрокній соціальній взаємодії;
- якісні порушення спілкування (по визначеному для аутизму типу);
- обмежений набір повторювальних стереотипних форм поведінки, інтересів та занять, включаючи моторні стереотипи та звичні рухи;
- загальна втрата інтересу до оточуючого та до окремих об'єктів.

У деяких випадках вдається встановити зв'язок розладу з енцефалопатією, але діагноз засновується на поведінкових симптомах [3].

Взаємозв'язок аутизму із іншими розладами та перехресний характер багатьох симптомів утруднює процес психодіагностики. Наприклад, активно розвивається дискусія щодо розмежування симптомів аутизму та шизофренії, адже під впливом школи минулих літ аутизм часто стигматизувався та вважався різновидом дитячої шизофренії або розумової відсталості. Діти із різними типами епілептичних нападів також відзначаються змінами у поведінці, характерними для розладів аутичного спектру [4]. У підлітковому та зрілому віці основною причиною звернень за психіатричною допомогою людей із РАС є депресивні та тривожні розлади. Для пацієнтів із РАС також часто є характерними obsесивно-компульсивний розлад, соціальні фобії та гіперкінетичний розлад. Як вихід із складної діагностичної дилеми у клінічній практиці з'явився термін «порушення нейророзвитку», який використовується щодо дітей, симптоми яких не відповідають діагностичним критеріям психічних розладів у дорослих, але є преморбідними для них [2]. До групи порушень нейророзвитку, окрім РАС, зокрема, належать синдром гіперактивності з дефіцитом уваги, порушення навчальних навичок, інтелектуальна недостатність, поведінкові розлади, дитячий церебральний параліч, порушення зору та слуху тощо.

У Міжнародній класифікації хвороб виділено окрему діагностичну категорію під шифром F84.9 «Загальний розлад розвитку, неуточнений», яку необхідно використовувати для розладів розвитку, якщо через протирічність даних або через відсутність адекватної інформації немає можливості встановити чи задовольняються критерії якої-небудь з інших рубрик [3].



Отже, використовуючи термін «аутизм» мається на увазі цілий спектр розладів, які є відмінними за ступенем прояву та симптоматикою.

Висновок. Не зважаючи на важливість вчасної, ефективної та якомога більш ранньої діагностики аутизму, цей процес стикається із багатьма труднощами. Проаналізувавши наукові джерела визначимо основні з них:

1. Відсутність системи комплексної диференційної діагностики дитини, через що педіатри часто не звертають належної уваги до перших симптомів аутизму, а вся відповідальність за діагностику розладу лягає на батьків, які зазвичай також не є обізнаними у проблематиці.

2. Складність діагностики самого феномену аутизму, адже кожна дитина відрізняється симптоматикою та особливістю протікання захворювання.

З метою знайти вихід із складної діагностичної ситуації клінічною практикою було введено декілька нових термінів, а саме: аутизм стали називати «розладами аутичного спектру» для того, щоб охопити діагнозом різні ступені прояву розладу. При цьому визначено, що класичний аутизм діагностується тріадою розладів: вади соціальної взаємодії; порушеність взаємної комунікації; обмеженість інтересів і повторювальний репертуар поведінки. Втім, при різному ступені захворювання ці симптоми мають різну глибину та різні особливості прояву. Дітей з аутизмом прийнято розділяти на чотири групи за ступенем важкості розладу, а критеріями для розподілу є: ступінь дефіциту потреби у спілкуванні, особливості афективної дезадаптації, рівень порушення поведінки внаслідок недорозвитку регулятивних функцій, варіативність і специфічність інтелектуального і мовленнєвого розвитку. Крім того, вирізняють синдром Аспергера, синдром Ретта, атиповий аутизм та парааутичні розлади, які мають власні дещо специфічні симптоми.

3. Перехресний характер симптомів аутизму з іншими розладами та порушеннями. У випадку, якщо симптоми дитини не відповідають симптомам дорослих розладів, а відповідно конкретний розлад є неуточненим, їй ставлять діагноз із формулюванням «порушення нейророзвитку». У МКХ-10 є відповідний шифр для неуточненого розладу розвитку – F84.9. Однак це не полегшує процес діагностики та ситуацію для подальшої психокорекції, хоча й дозволяє відділити дітей іншої групи захворювання у звітній медичній документації.

Отже, з метою ефективної психокорекції необхідною є вчасна та точна діагностика дитини, однак феномен аутизму є складним та комплексним та потребує особливого підходу та уваги до дослідження дитини. Важливим є як визначення наявності самого розладу, так і виявлення ступеню глибини порушень, етіології та вміння вирізняти симптоми аутизму від інших перехресних захворювань.



Література:

1. Бабенко В.В., Качмарик Х.В. Диференційно-діагностичні ознаки розмежування дітей з аутизмом та дітей з затримкою психічного розвитку. *Науково-методичний журнал «Логопедія»*. №9. 2016. С.3-11.
2. Дубовик К.В., Марценковський І.А., Здорик І.Ф., Матусова М.О. Клінічний поліморфізм: оморбідність психічних розладів у осіб з розладами аутичного спектра. *Архів психіатрії*. Т.24. №3 (94). 2018. С.158-161.
3. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств / сост. Дж.Э.Купер; под ред. Дж.Э.Купера / пер. с англ. Д.Полтавца. К.: Сфера, 2000. 416 с.
4. Кирилова Л.Г., Мірошников О.О., Грабовенська І.О. озлади аутистичного спектра як ранні порушення нейророзвитку у дітей. *Журнал неврології ім. Б.М.Маньковського*. Том 5. №1. 2017. С. 71-78.
5. Критерії діагностики РАС по DSM-IV і МКХ-10. URL: <https://www.autism-mmc.com.ua/types-and-causes-of-autism/diagnostic-criteria-for-asd-on-dsm-iv-and-icd-10/> (дата звернення 07.07.2022)
6. «Одягни блакитне»: 2 квітня – Всесвітній день поширення інформації про аутизм. URL: https://kam.gov.ua/ua/news/pg/20421691093332_p14/ (дата звернення 07.07.2022)
7. Розлади аутистичного спектру у дітей. Особливості ранньої діагностики. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/6563-rozladi-autistichnogo-spektru-u-ditey-osoblivosti-rannoi-diagnostiki/> (дата звернення 07.07.2022)
8. Скрипник Т. В. Феноменологія аутизму: Монографія. К.: Видавництво «Фенікс», 2010. 320 с.
9. Тарасун В. В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом: Навч. посіб. для вищих навчальних закладів (В.В.Тарасун, Г.М.Хворова; за наук. ред. Тарасун В. В. – К.: Наук.світ, 2004. 100 с.

References:

1. Babenko, V.V., Kachmarik, H.V. (2016). Diferencijno-diagnostichni oznaki rozmezhuвання ditej z autizmom ta ditej z zatrimkoju psihichnogo rozvitku [Differential diagnostic signs of distinguishing between children with autism and children with mental retardation]. *Naukovo-metodichnij zhurnal «Logopedija» - Scientific and methodical journal "Logopedia"*, 9, 3-11 [in Ukrainian].
2. Dubovik, K.V., Marcenkovs'kij, I.A., Zdorik, I.F., Matusova, M.O. (2018). Klinichnij polimorfizm: omorbidnst' psihichnih rozladiv u osib z rozladami autichnogo spectra [Clinical polymorphism: morbidity of mental disorders in individuals with autism spectrum disorders]. *Arhiv psichiatrii - Archive of psychiatry*, 24, 3 (94), 158-161 [in Ukrainian].
3. Kuper, Dzh.Je.(2000). *Karmannoe rukovodstvo k MKB-10: Klassifikacija psihicheskij i povedencheskij rasstrojstv [Pocket guide to ICD-10: Classification of mental and behavioral disorders]*. K.: Sfera [in Russian].
4. Kirilova, L.G., Miroshnikov, O.O., Grabovens'ka, I.O (2017). Ozladi autistichnogo spektra jak ranni porushennja nejrorozvitku u ditej [Disorders of the autistic spectrum as early neurodevelopmental disorders in children]. *Zhurnal неврології ім. В.М.Ман'ковського - Journal of neurology named after V. M. Mankovsky*, 5, 1, 71-78 [in Ukrainian].
5. Критерії діагностики РАС по DSM-IV і МКХ-10 [ASD diagnostic criteria according to DSM-IV and ICD-10]. *www.autism-mmc.com.ua* Retrieved from <https://www.autism-mmc.com.ua/types-and-causes-of-autism/diagnostic-criteria-for-asd-on-dsm-iv-and-icd-10/> [in Ukrainian].



6. «Odjagni blakitne»: 2 kvitnja – Vsesvitnij den' poshirennja informacii pro autizm. *kam.gov.ua* Retrieved from https://kam.gov.ua/ua/news/pg/20421691093332_p14/ ["Wear Blue": April 2 is World Autism Awareness Day] [in Ukrainian].

7. Rozladi autistichnogo spektru u ditej. Osoblivosti rann'oi diagnostiki [Autistic spectrum disorders in children. Features of early diagnosis]. *www.bsmu.edu.ua* Retrieved from <https://www.bsmu.edu.ua/blog/6563-rozladi-autistichnogo-spektru-u-ditej-osoblivosti-rannoi-diagnostiki/> [in Ukrainian].

8. Skripnik, T. V. (2010). *Fenomenologija autizmu [Phenomenology of autism]*. K.: Vidavnistvo «Feniks» [in Ukrainian].

9. Tarasun, V. V. (2004). *Koncepcija rozvitku, navchannja i socializacii ditej z autizmom [The concept of development, training and socialization of children with autism]*. K.: Nauk.svit [in Ukrainian].

