

Ранний детский аутизм



В **1943г.** американский клиницист **Л. Каннер** обобщил наблюдения 11 случаев и сделал заключение о существовании особого клинического синдрома с типичным нарушением психического развития, назвав его «синдромом раннего детского аутизма».

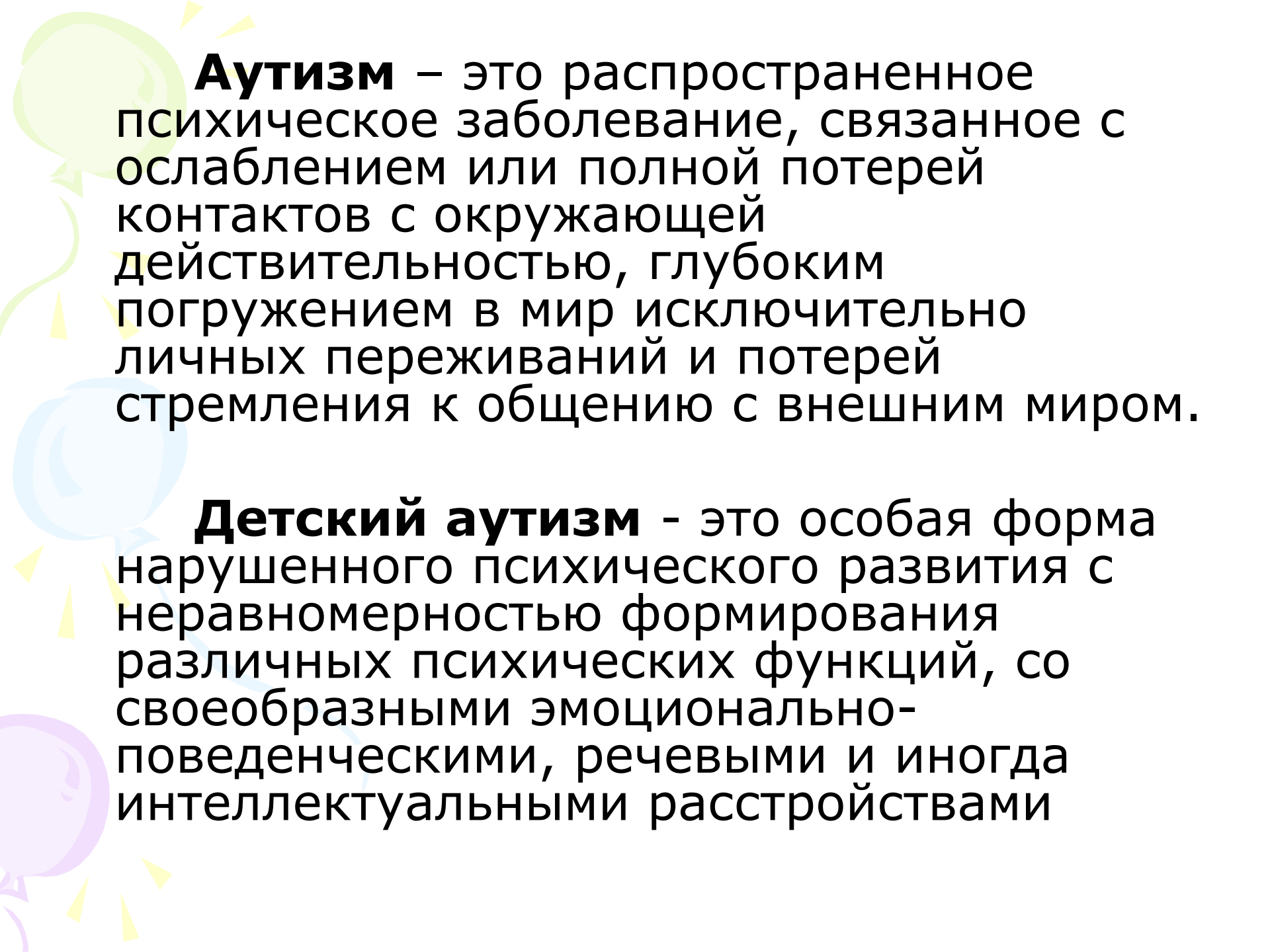
РДА – особое расстройство шизофренического спектра.

Но! **Отличительные признаки:**

- Положительная динамика;
- Отсутствие галлюцинаций;
- «а также то, что эти дети, по-видимому, были больны с первых лет жизни» (снижение способностей **не** наступало после периода нормального функционирования)

Распространенность

↖ 4-6 (26) детей на 10 000
новорожденных



Аутизм – это распространенное психическое заболевание, связанное с ослаблением или полной потерей контактов с окружающей действительностью, глубоким погружением в мир исключительно личных переживаний и потерей стремления к общению с внешним миром.

Детский аутизм - это особая форма нарушенного психического развития с неравномерностью формирования различных психических функций, со своеобразными эмоционально-поведенческими, речевыми и иногда интеллектуальными расстройствами

История изучения РДА

4 этапа (Башина В. М.)

- 1. Донозологический период (к. XIX — н. XX веков)** – отдельные упоминания о детях со стремлением к уходам и одиночеству.
- 2. Доканнеровский период, 1940-е гг.**, обсуждался вопрос о возможности выявления у детей шизофрении (Сухарева, 1927).

3. Каннеровский (1943-1970 гг.) – выход в свет кардинальных работ по аутизму.

- а) **РДА** – особое состояние, с нарушениями общения, речи, моторики, которое он отнес к состояниям так называемого «шизофренического» спектра (Л.Каннер, 1943).
- б) Австрийский психиатр Х. Аспергер в 1944 г. описал близкое состояние у детей, назвав его **аутистической психопатией**.
- в) Попытки выделения причины возникновения РДА:
- Башина В. М. и Вроно М. Ш. (1975): аутизм как **аутистическое состояние**, возникающее у ребенка **после приступа шизофрении**.
 - Мнухин С.С., 1947 – концепция органического происхождения РДА.
 - Putter M., 1972, и мн. др – **полиэтиологичность РДА** (органические, реактивные причины, последствия нарушения симбиоза между матерью и ребенком, нарушения адаптационных механизмов у незрелой личности).



4. Послеканнеровский период (1990-е годы):

РДА неспецифический синдром разного происхождения.

К настоящему времени сложилось представление о двух типах аутизма:

- классический аутизм Каннера
- вариант аутизма, в который входят аутистические состояния разного генеза (сдр Аспергера).

Существенные различия	Синдром Каннера	Синдром Аспергера
Уровень интеллекта	Невысокий интеллектуальный уровень или интеллектуальная недостаточность	Нормальный или выше среднего уровень интеллекта
Развитие речи	Отставание в развитии речи	Опережающее (ребенок начинает говорить до появления самостоятельной ходьбы)
Встречаемость	Может наблюдаться (хотя реже) и у девочек	Почти исключительно у мальчиков
Характер отношения к близким	Взрослый не замечается	Взрослый - помеха
Прогноз	Чаще – переход в пограничную интеллектуальную недостаточность или атипичную форму умственной отсталости	Более благоприятный (РДА как особый вариант начального этапа формирования аутистической (шизоидной) психопатии)

Теории происхождения аутизма

1. Психогенная природа аутизма

Беттельхайм: теория «холодной матери»

2. Генетическая природа аутизма

Этиологические факторы:

- **Экзогенные** (повреждающие воздействия во время беременности);
- **Аутосомные рецессивные** (аутизм проявляется, если две хромосомы несут один и тот же рецессивный ген – один от отца и другой от матери);
- **Сцепленные с X-хромосомой** – ген несет женская половая хромосома.

3. Органическое происхождение аутизма –
возможность мозговой локализации поражения

4. Нарушения психофизиологических механизмов:

- Первичное снижение витального тонуса;
- Нарушение уровня бодрствования;
- Патология восприятия
- Нарушения речи

5. Психологические теории

- Эмоциональные нарушения
- Нарушения адаптации вследствие биологической недостаточности

=> Аутизм – результат включения защитных и компенсаторных механизмов, позволяющих ребенку устанавливать стабильные, хотя и патологические, взаимоотношения с миром.
(Никольская О.С.)

- Нарушение когнитивной сферы – источник отклонений при аутизме (теория У. Фрит)
(трудности в осуществлении произвольной деятельности ←→ специфические способности и их высокие показатели)



Варианты аутистического развития (Никольская О.С.)

Клинико-психологическая классификация

(по характеру и степени нарушений взаимодействия с внешней средой и типу самого аутизма)

Дети I группы с аутистической отрешенностью от окружающего

Характеризуются наиболее глубокой аффективной патологией

- поведение носит полевой характер (постоянная миграция от одного предмета к другому).
- Эти дети мучны, не владеют не только формами контакта, но и не имеют потребности в нем.
- не овладевают навыками социального поведения. Нет и активных форм аффективной защиты от окружающего, стереотипных действий, заглушающих неприятные впечатления извне
- почти или совсем не владеют навыками самообслуживания.
- наихудший прогноз развития

В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции элементарные навыки самообслуживания; они могут освоить письмо, элементарный счет и даже чтение про себя, **но** их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.

Дети II группы с аутистическим отвержением окружающего

Характеризуются возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет аутостимуляции положительных ощущений

- В поведении характерны манерность, стереотипность, импульсивность многочисленных движений, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи.
- односложные речевые штампы-команды; малодоступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут;
- предельно тесная «симбиотическая» связь с матерью

При адекватной длительной коррекции могут освоить навыки самообслуживания и элементарного обучения



Дети III группы с аутистическим замещением окружающего

Характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей аффективной патологии, прежде всего страхам.

- имеют более сложные формы аффективной защиты, проявляющиеся в формировании патологических влечений, компенсаторных фантазиях
- развернутая речь
- более высокий уровень когнитивного развития.
- менее аффективно зависимы от матери

При адекватной коррекции могут быть подготовлены к обучению во вспомогательной школе (при длительной коррекции – к массовой школе)



Дети IV группы со сверхтормозимостью

- менее глубокий аутистический барьер,
- меньше патологии аффективной и сенсорной сфер.
- на первом плане - неврозоподобные расстройства: чрезвычайная тормозимость, робость, пугливость, усиливающее социальную дезадаптацию.
- Развернутая, менее штампованная речь.
- сохраняют постоянство среды за счет активного усвоения поведенческих штампов, формирующих образцы правильного социального поведения,
- стараются быть «хорошими», выполнять требования близких.
- Дети часто обнаруживают парциальную одаренность.

Могут быть подготовлены к обучению в массовой школе, а в небольшой части случаев - обучаться в ней и без предварительной специальной подготовки.

Особенности познавательной сферы

Структура дефекта:



Первичные нарушения –
гиперсензитивность и слабость
психического тонуса

Вторичные нарушения – аутизм и
аутостимуляция

Третичные нарушения – истинные
невротические образования

Ощущения и восприятия

- ❑ Повышенная сенсорная ранимость => игнорирование воздействий;
- ❑ Человеческое лицо мгновенно вызывает пресыщение и желание уйти от контакта;
- ❑ В реакциях на предметы – большая полярность (реакция на «новизну» резкая и продолжительная, вместе с тем повышенная чувствительность к слабым и привычным раздражителям);
- ❑ Нарушение ориентировки в пространстве, искажение целостной картины предметного мира (важен не предмет, а его сенсорные качества)
- ❑ Большое значение имеют тактильные и мышечные ощущения от собственного тела (аутостимуляция)



Внимание

- Устойчиво несколько минут, иногда и секунд.
- Низкий уровень активного внимания;
- Нарушение целенаправленности и произвольности внимания;
- Сильнейшая психическая пресыщаемость



Воображение

- Богатое / Патологическое
- В содержании фантазий переплетаются случайно услышанные ребенком сказки, истории, просмотренные кинофильмы и радиопередачи, вымышленные и реальные события
- Патологическое фантазирование – основа для появления неадекватных страхов

Память

- Хорошая механическая память,
 - что создает условия для сохранения следов эмоциональных переживаний
 - Эмоциональная память стереотипизирует восприятие окружающего

Речь и коммуникативное поведение

- Своеобразное отношение к речевой деятельности и своеобразие в становлении экспрессивной речи
- Гуление запаздывает, отсутствует или обеднено;
- Появление фразовой речи в 2-летнем возрасте;
- Не обращаются к языку жестов и мимики
- Снижена реакция на говорящего;
- лучше реагирует на шепотную речь;
- Несформированность коммуникативного поведения; взгляд мимо, «сквозь» собеседника;
- Хорошо развита «автономная» речь;
- Среди нарушений речи возможны:
 - Эхолалии
 - Вычурное, скандированное произношение
 - Своеобразная интонация
 - Фонетические расстройства
 - Нарушения голоса (с высокой тональностью в конце слов, фраз)
 - Называние себя во 2-м или 3-м лице

Мышление и интеллект

- 55-60% - УО
- 15-20% - легкая интеллектуальная недостаточность
- 15-20% - нормальный интеллект
- трудности произвольного обучения
- Сложности в символизации, переносе навыков из одной ситуации в другую
- Трудно понять развитие ситуации во времени, установить причинно-следственные зависимости
- Одаренность в отдельных областях
- Диспропорция:
вербальный < невербальный интеллект

Эмоционально-личностная сфера

- Отстает в формировании комплекс оживления
- Отсутствует характерное для детского возраста желание понравиться, заслужить похвалу от взрослого
- Снижение порога эмоционального дискомфорта в контактах с миром
- Склонность к фиксации на неприятных впечатлениях, с формированию страхов
- Нарушение чувства самосохранения с элементами самоагрессии; плохо закрепляется опыт опасного контакта с горячим и острым
- «Феномен тождества» => привыкает к среде обитания, не умеет выделять себя из среды, остро реагирует на всяческие изменения
- Стереотипы (двигательные, сенсорные, поведенческие)
- Сниженная способность с сопереживанию, не способен заражаться настроением окружающих людей.

3 группы страхов

1. Типичные возрастные

(реакция на реальную, значимую опасность) – 28%:

- Боязнь остаться одному
- Потерять мать
- Незнакомой обстановки

2. Обусловленные гиперчувствительностью

– 35%:

- страх бытовых шумов,
- зрительных, тактильных раздражений
- страх незнакомых людей, новых мест;

3. Неадекватные бредоподобные, связанные с фрагментарностью представлений о мире



Коррекционная работа с аутичными детьми





АУТИЧНЫЙ РЕБЕНОК В СПЕЦИАЛЬНОЙ ГРУППЕ

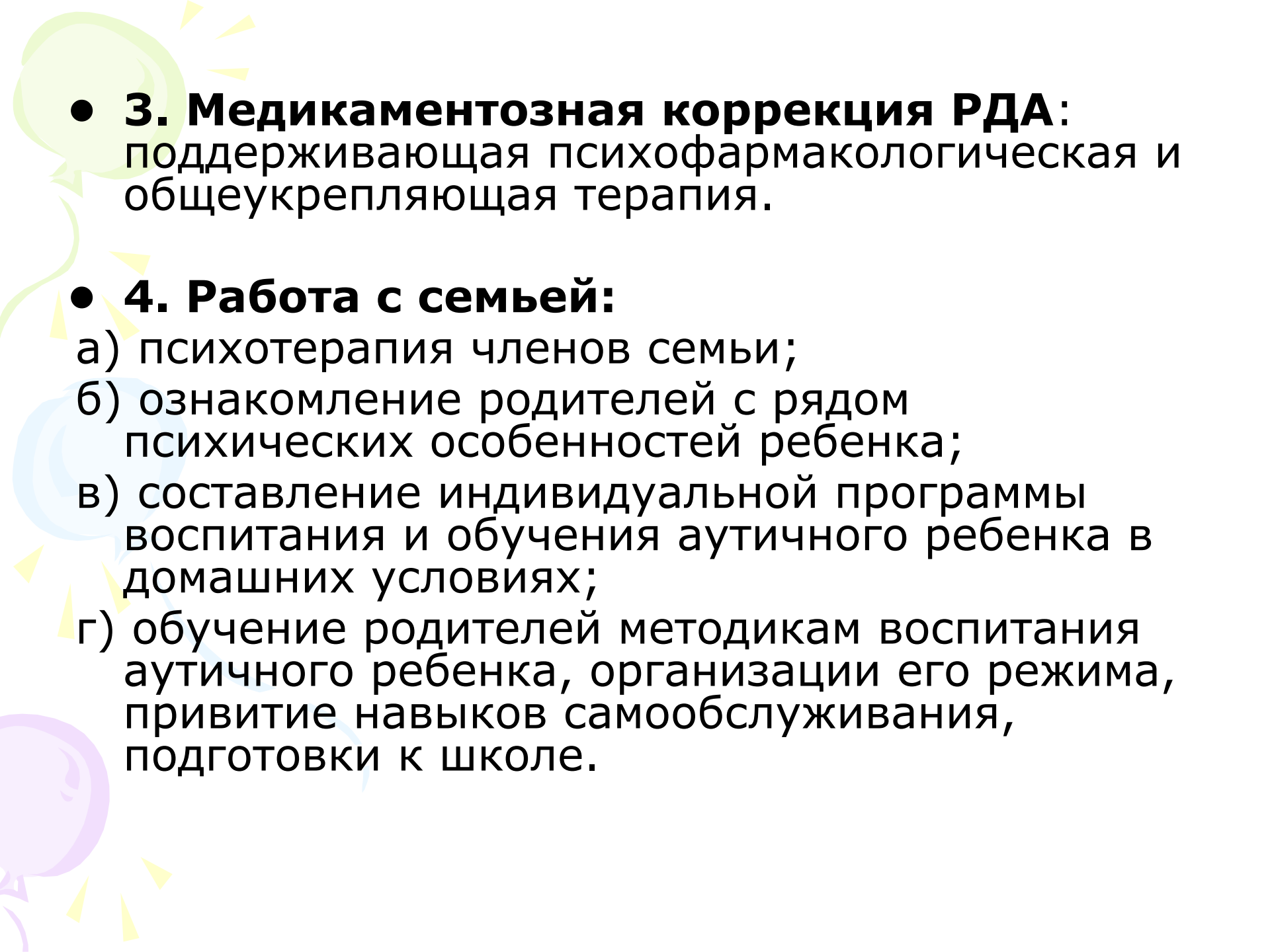
- В группу следует принимать детей в возрасте 3—6 лет, имеющих симптомы раннего детского аутизма.
- Индивидуальные занятия проводятся 2—3 раза в неделю.
- Психологическое занятие в течение 45 минут, педагогическое - 30—45 минут.
- Средний срок такого режима занятий ребенка в группе - 3—4 года.
- когда ребенок начинает учиться в школе (массовой или вспомогательной), посещение группы можно ограничить до одного в 2—4 недели («поддерживающая» медико-психолого-педагогическая коррекция)

НЕОБХОДИМЫ ОБЩИЕ УСИЛИЯ!!!

Комплексная клинико-психолого-педагогическая коррекция РДА может включать следующие разделы (и, соответственно, этапы):

- **1. Психологическая коррекция:**
 - а) установление контакта со взрослыми;
 - б) смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, страхов;
 - в) стимуляция психической активности, направленной на взаимодействие со взрослыми и сверстниками;
 - г) формирование целенаправленного поведения;
 - д) преодоление отрицательных форм поведения: агрессии, негативизма, расторможенности влечений.

- **2. Педагогическая коррекция РДА:**
 - а) формирование навыков самообслуживания;
 - в) пропедевтика обучения (коррекция специфического недоразвития восприятия, моторики, внимания, речи; формирование навыков изобразительной деятельности).

- 
- **3. Медикаментозная коррекция РДА:**
поддерживающая психофармакологическая и общеукрепляющая терапия.
 - **4. Работа с семьей:**
 - а) психотерапия членов семьи;
 - б) ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка;
 - в) составление индивидуальной программы воспитания и обучения аутичного ребенка в домашних условиях;
 - г) обучение родителей методикам воспитания аутичного ребенка, организации его режима, привитие навыков самообслуживания, подготовки к школе.

