

Дети с расстройствами аутистического спектра (РАС) – симптоматика наиболее часто встречаемых форм РАС среди детей, посещающих детские сады общеразвивающей направленности.

Консультация для воспитателей, учителей-логопедов, педагогов-психологов и родителей детей с РАС - подготовлена учителем-логопедом МБДОУ № 254 Гетта О.Г.

Проблема РАС сложна в понимании её причин, в принятии её родителями ребёнка, а также выборе оптимальной стратегии для её преодоления. РАС – одна из самых сложных проблем детской психиатрии на сегодняшний день, и успехи в её решении, несмотря на отсутствие прямых указаний на генетическую детерминированность, вероятнее всего, будут определены достижениями в области генетики.

РАС охватывают такие расстройства, как детский аутизм (ДА), синдром Каннера (СК), детский психоз, синдром Аспергера (СА), атипичный аутизм (АА), синдром Ретта (СР) и другие. РАС представляют собой группу комплексных нарушений психического развития, характеризующихся отсутствием способности к социальному взаимодействию, общению, стереотипностью поведения. Для больных характерны также фобии, возбуждение, нарушения пищевого поведения и другие неспецифические симптомы. Частота встречаемости РАС в детском возрасте за последние 30-40 лет поднялась от 4-5 человек на 10000 детей до 50-116 случаев на 10000 детей, причём у мальчиков аутистические расстройства встречаются приблизительно в 1,5 раза чаще, чем у девочек. При разных формах РАС прогноз отличается, но в целом своевременно установленный диагноз, введение психофармакотерапии, проведение реабилитации являются эффективными и способствуют благоприятному исходу. У 70 % больных с РАС наблюдается стабильное посттерапевтическое улучшение, в 10 % случаев - больные полностью восстанавливаются, и только 20% больных с тяжелыми формами аутизма имеют неблагоприятный прогноз. Самостоятельно жить могут только ¼ часть пациентов с РАС. Самыми распространёнными в спектре аутистических расстройств являются Детский аутизм. Инфантильный психоз (30-40 случаев на 10000 детского населения) и синдром Аспергера (70 случаев на 10000 детского населения).

ИП относится к психотическим формам РАС. СА является врождённым заболеванием, но проявляется у больных обычно в ситуациях интеграции в социум (посещение детского сада, школы).

Диагностические критерии РАС.

Если до 12 мес. ребёнок не гулит и не лепечет и у него отсутствует указательный жест; если до 16 мес. Он не начал произносить отдельные слова, если в возрасте 2 лет он не произносит коротких фраз или он очевидно теряет ранее приобретённые речевые и социальные навыки, независимо от возраста, рекомендуется пройти диагностику у детского врача-психиатра на предмет выявления РАС.

Общими признаками РАС могут быть:

1) Качественные нарушения социального взаимодействия:

- невозможность в общении использовать взгляд, мимические реакции, жесты и позу в целях взаимопонимания;
- неспособность к формированию взаимодействия со сверстниками на почве общих интересов, деятельности, эмоций;
- неспособность, несмотря на имеющиеся формальные предпосылки, к установлению адекватных возрасту форм общения; многие дети не нуждаются в общении с окружающими, родными и близкими, часто «сохраняют собственную территорию»;
- неспособность к социально опосредованному эмоциональному реагированию, отсутствие или девиантный тип реагирования на чувства окружающих, нарушение модуляции поведения в соответствии с социальным контекстом;
- неспособность к спонтанному переживанию радости, интересов или деятельности с окружающими.

2) Качественные изменения коммуникации:

- задержка или полная остановка в развитии разговорной речи, что не сопровождается компенсаторными мимикой, жестами как альтернативной формой общения; больные могут говорить то тихим голосом, то неожиданно пронзительно или «утробно» кричать, внезапно замолкать на середине слова, растягивать слова; в речи отсутствует местоимение «Я» и др.;
- относительная или полная невозможность вступить в общение или поддержать речевой контакт на соответствующем уровне с другими лицами;
- стереотипии в речи или неадекватное использование слов и фраз, контуров слов;
- отсутствие символических игр в раннем возрасте, игр социального содержания.

3) Ограниченные и повторяющиеся стереотипные шаблоны в поведении, интересах, деятельности:

- обращенность к одному или нескольким стереотипным интересам, аномальным по содержанию, фиксация на неспецифических, нефункциональных поведенческих формах или ритуальных действиях, разнообразные стереотипные движения (бег по кругу, вдоль стены, из угла в угол, подпрыгивания, раскачивания, карабканье наверх, атетоз, потряхивание кистями, перебирание пальцами рук, разведение пальцев веером, вращение кистями перед глазами, ходьба с опорой на пальцы ног, на носки с поджиманием 3-5 пальцев, «прихрамывание», изменчивый мышечный тонус); моторное возбуждение сопровождается в разной степени выраженности негативизмом; лицо искажают гримасы: больные раздувают щёки, кривят рот;
- преимущественная занятость отдельными объектами или нефункциональными элементами игрового материала.

4) Неспецифические проблемы – страхи, фобии, возбуждение, нарушения сна и привычек приёма пищи, приступы ярости, агрессии, самоповреждения.

5) Манифестация симптомов до 3-х летнего возраста.

Характерные симптомы для инфантильного психоза (ИП):

В дополнение к вышперечисленным можно добавить, что манифестные приступы с ведущей кататонической симптоматикой возникают в первые 3 года жизни ребёнка, на фоне диссоциированного дизонтогенеза или нормального развития.

Речь - смазанная с персеверациями, эхолалиями. Периодами она становится бессвязной, представляет собой набор слов, слогов, обрывков из воспоминаний, прочитанных книг, сказанных кем-то фраз. Попытки понять речь больных, вступить с ними в сопряженную

речь или диалог, прервать их не приносят успеха. Выраженность аутизма – соответствует тяжелому аутизму.

Сочетание кататонических нарушений с аутизмом при ИП приостанавливает физиологическое развитие ребёнка на протяжении приступа (2-3 года), способствует формированию «нажитой» задержки психического развития. На выходе из приступов больным свойственны стереотипные формы влечений (удерживание стула, мочеиспускания, особенности пищевого поведения с фиксацией на определённых видах пищи). В ремиссии дети не могут усидеть на месте во время занятий, бегают, прыгают, крутятся на стуле, залезают под стол. Обращают на себя внимание моторная неуклюжесть, нарушение соразмерности движений, расстройства ритма и темпа в сложных движениях, организации движений в пространстве. Избыточная разнообразная двигательная активность у пациентов сочетается с нарушением внимания: легкой отвлекаемостью или с чрезмерной сосредоточенностью, «застреваемостью». На данном этапе течения болезни больным в 1/3 случаев ставят диагноз «синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), что не является правомерным. При эмоциональном напряжении возникает мимолетный «комплекс оживления» с повторяющимися движениями, которые удается прервать замечанием, переключить пациента на другие виды движений. У больных сохраняются проблемы в самостоятельной организации и планировании времяпрепровождения.

Сформировавшаяся в период манифестного приступа диссоциированная ЗПР на фоне абилитации в ремиссии в большинстве случаев смягчается. IQ у всех больных более 70. Развивается эмоциональная сфера, сохраняется негрубый когнитивный дизонтогенез. К 7-9 годам гиперкинетический синдром (с преобладанием гиперактивности и импульсивности) на фоне проведённой психофармакотерапии и реабилитации купируются. В речи у больных сохраняется неправильное эмоциональное интонирование, что делает речь механической и неестественной. Голос может быть высоким и иметь причудливый ритм и акцент, страдает прагматическая сторона речи.

Выраженность аутизма смягчается до легкого/умеренного аутизма, а в дальнейшем у 50% и вовсе не определяется по шкале CARS. Его можно оценить, как «высокофункциональный» с перспективой дальнейшего развития интеллекта, коммуникации, социализациальной адаптации. Больным доступно считывание социальных знаков, понимание скрытых смыслов, стремление быть принятыми сверстниками, иметь друзей. Они заканчивают общеобразовательную среднюю школу, поступают в вузы, колледжи, в дальнейшем успешно работают, всё лучше и легче адаптируются в коллективе.

При ИП в рамках детского аутизма возрастной фактор и фактор развития, реабилитация способствуют благоприятному исходу («практическое выздоровление» - в 6%, «высокофункциональный аутизм» - в 50%, регрессиентное течение – в 44%).

Характерные симптомы для синдрома Аспергера (считается самой лёгкой формой РАС):

1. Отсутствие задержки речевого или когнитивного развития. Наблюдается раннее речевое развитие, богатый речевой запас, хорошее логическое и абстрактное мышление.

Больным СА свойственны оригинальные идеи. Коммуникативная сторона речи страдает, они говорят тогда, когда хотят, не слушают собеседника, нередко ведут беседу с самим собой, для них типичны своеобразные отклонения интонационного оформления речи, необычные речевые обороты.

2. Качественные нарушения двусторонних социальных коммуникаций, отклонения в невербальном поведении (жесты, мимика, манеры, зрительный контакт), не способны к эмоциональному сопереживанию. Больные СА стремятся, но не умеют устанавливать контакты со сверстниками и людьми более старшего возраста, не соблюдают дистанции, не понимают юмора, реагируют агрессией на насмешки. Выраженные нарушения внимания, моторная неуклюжесть, дисгармония в развитии, плохая ориентировка в людях, в социуме, бесцеремонность в реализации своих желаний приводят к тому, что они легко становятся объектом насмешек, вынуждены менять школу, несмотря на хороший интеллект.

3. Необычные и сильно выраженные специфические интересы (особые стереотипные интересы) и стереотипные формы поведения. Мономанический стереотипный интерес к специфическим областям знаний, односторонние узкоспецифические интересы при направленном обучении могут лечь в основу будущей специальности.

К 16-17 годам аутизм смягчается, в 60% сохраняются сензитивность, социальная неуклюжесть, но больные успешны в выбранной по интересам специальности; к 30-40 годам создают семью. У 40% больных СА возможно утяжеление состояния в кризовые периоды развития с присоединением фазно-аффективных, обсессивных расстройств, маскированных психопатоподобными проявлениями, которые купируются при своевременной и эффективной фармакотерапии, реабилитации без дальнейшего углубления личностного своеобразия.

«Высокофункциональный» аутизм и Синдром Аспергера нозологически разные состояния. Социальная адаптация нарушена в большей мере при СА.

Литература:

1. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник.