

Дифференциальная диагностика аутистических расстройств

Учитель – дефектолог
МБОУ Гимназия № 5
Гурьянова М.В.

Аутизм — это психическое заболевание, при котором происходят выраженные нарушения в коре головного мозга, приводящие к полному нарушению социальной адаптации и особому восприятию собственного внутреннего мира.

Аутизм – не болезнь, но нарушение развития, которое чаще всего диагностируется в детстве. Предсказать развитие этого состояния очень трудно: симптомы могут усилиться, а могут и снизиться. Однако бывает и так, что симптомы расстройства не мешают человеку жить, и в связи с этим он получает диагноз уже во взрослом возрасте. И для взрослых, и для детей используются одни и те же диагностические критерии, поэтому вероятно, что постановка диагноза может быть отсрочена, но не бывает такого, чтобы никаких признаков не было ранее.

К счастью, сегодня в мире появляется все больше информации и исследований, посвященных этой проблеме, а значит, люди с аутизмом могут получать больше помощи и поддержки. Постановка диагноза во взрослом возрасте некоторым приносит облегчение, потому что они начинают понимать природу своих трудностей.

Расстройства аутистического спектра (РАС) – это группа психических заболеваний, характеризующихся искажением процесса развития с дефицитом коммуникативных способностей, поведенческими и двигательными стереотипиями. Дебют происходит в младенческом и раннем детском возрасте. Симптомы – невозможность начинать и поддерживать межличностное взаимодействие, ограниченные интересы, повторяющиеся однообразные действия. Диагностика выполняется методом наблюдения и беседы. Лечебные мероприятия включают поведенческую терапию, специальное обучение, медикаментозную коррекцию поведенческих и двигательных расстройств.

Общие сведения (2)

В Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) расстройства аутистического спектра не выделены отдельной категорией, но включены в рубрику F84 «Общие расстройства развития». РАС объединяют детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Аспергера, другие расстройства онтогенеза, общее расстройство развития неуточненное. В новую версию классификатора (МКБ-11) введена отдельная диагностическая единица «Расстройство аутистического спектра». РАС манифестируют в детстве - до 5 лет, сохраняются в подростковом и взрослом возрасте. Распространенность среди детей составляет 0,6-1%. Согласно эпидемиологической статистике последних десятилетий, частота расстройств во всем мире постепенно

увеличивается.

Классификация (слайд 2)

Выделены следующие виды расстройств:

1. **Детский аутизм.** Начинается в возрасте до 3-х лет, но может быть диагностирован позже. Среди симптомов выделяется классическая триада: нарушение социальных взаимодействий, стереотипии, регресс речи.
2. **Атипичная форма аутизма.** Отличается от предыдущей формы расстройства более поздним дебютом и/или отсутствием всей триады симптомов. Характерен для лиц с глубокой **олигофренией**, тяжелым нарушением рецептивной (речь, которую ребенок способен понять) речи.
3. **Синдром Ретта.** Генетическое заболевание, диагностируемое у девочек. Определяется полная или частичная утрата речи, **атаксия**, глубокая олигофрения, стереотипные круговые движения руками. Интерес к общению относительно сохранен, поэтому данное расстройство не всеми исследователями причисляется к РАС.
4. **Дезинтегративное детское расстройство.** Развивается после 2-х лет нормального онтогенеза. Поведение схоже с детским аутизмом и **детской шизофренией**. Наблюдается не менее двух регрессий из четырех: социального навыка, языка, двигательных навыков, контроля кишечника и мочевого пузыря. Вопрос отнесения данной патологии к категории РАС остается открытым.
5. **Гиперкинетическое расстройство с олигофренией.** Диагноз подтверждается при глубокой олигофрении с показателем IQ до 35 баллов, гиперактивностью, снижением внимания, стереотипным поведением. Включение данного заболевания в группу РАС подвергается дискуссиям.
6. **Болезнь Аспергера.** Речевые и познавательные функции развиты лучше, чем при детском аутизме. Отличительные характеристики – эксцентричность, неуклюжесть, однообразные модели поведения, конкретное мышление, трудности понимания иронии и юмора.
7. **Другие общие онтогенетические расстройства.** Заболевания, характеризующихся стереотипиями, качественными отклонениями в социальных взаимодействиях, повторяющимися интересами. Не могут быть однозначно отнесены к какому-либо из перечисленных выше заболеваний из-за стертости или смешанности симптомов.
8. **Расстройство онтогенеза неуточненное.** Проявляется широким спектром познавательных и поведенческих отклонений, нарушением социальной активности. Не соответствует критериям других РАС.

Характерные признаки аутизма (слайд 3)

1. У ребенка с аутизмом **плохо развивается речь**, как рецептивная (понимание), так и экспрессивная. Зачастую речь имеет форму эхолалий (повторы элементов речи, услышанных от окружающих или по телевизору). Доступны для понимания лишь простые однозначные указания («садись», «ешь», «закрой дверь» и т. д.). Абстрактное мышление отстает в развитии, что проявляется в непонимании таких элементов речи, как местоимения (твой, мой, его и т. д.) и др. Неспособность ребенка говорить или понимать речь — наиболее частая жалоба родителей при первичном осмотре ребенка. Проблемы с речью становятся очевидны на втором году жизни ребенка.
2. Ребенок ведет себя так, как если бы у него был явный **дефицит ощущений и восприятия** — т. е. как будто он слепой и глухой, но более тщательное обследование выявляет сохранность всех сенсорных модальностей. Родители детей с аутизмом жалуются на то, что им очень трудно привлечь внимание своих малышей. Обычно они не поддерживают контакт взглядов с родителями и/или не поворачивают голову в ответ на обращенную к ним речь.
3. Дети с аутизмом обычно **не развивают тесных эмоциональных отношений с родителями**. Это выявляется в первые месяцы жизни, когда родители обнаруживают, что ребенок не прижимается к матери, находясь у нее на руках, а иногда сопротивляется физическому контакту, напрягая спину и пытаясь выскользнуть из родительских объятий.
4. Дети с аутизмом **не играют с игрушками, как это делают обычные дети**. Они не проявляют особого интереса к игрушкам и не занимаются ими в свободное время. Если они играют, то часто весьма своеобразно, например, крутят колеса перевернутого игрушечного грузовика, скручивают кусок веревки, нюхают или сосут куклу. Неспособность играть с игрушками может быть выявлена на втором году жизни.
5. Отсутствуют или заметно **ограничены игры со сверстниками**. Ребенок может либо не проявлять интереса к таким играм, или у него могут отсутствовать необходимые игровые умения и он, как правило, не обращает внимания на других детей, если только не участвует в простой игре типа «дай-возьми». Этот признак также легко обнаруживается на втором году жизни.
6. **Навыки самообслуживания у детей с аутизмом отсутствуют или их развитие крайне задерживается**. Им трудно научиться самим одеваться, пользоваться туалетом и есть без посторонней помощи. Эти дети плохо распознают обычную опасность, и за ними нужен постоянный присмотр, чтобы они не получили серьезных травм, переходя улицу с интенсивным движением, играя с электрооборудованием и т. д.
7. У детей с аутизмом очень **часты вспышки ярости и агрессии**. Эта агрессия может быть направлена на себя, когда дети кусают свои руки, бьются головой о пол, мебель или бьют себя кулаками по лицу. Иногда агрессия

направляется на других, и тогда дети кусают, царапают или бьют своих родителей. Большинство родителей детей с аутизмом жалуются на то, что им трудно справляться с ними, на их низкую толерантность к фрустрации и реагирование даже на малейшее препятствие или запрет взрывом ярости.

8. Дети с аутизмом могут часто **демонстрировать «самостимулирующее» поведение в форме ритуальных, повторяющихся стереотипных действий.** Они раскачиваются всем телом стоя или сидя, хлопают в ладоши, вращают предметы, не отрываясь смотрят на свет, вентиляторы и другие вращающиеся объекты, выстраивают предметы аккуратными рядами, подпрыгивают и приседают или крутятся на одном месте в течение долгого времени.

Причины РАС (слайд 4)

ГЕН АУТИЗМА Хотя происхождение заболевания тесно связано с генетикой, в настоящее время научных подтверждений о существовании определенного гена, вызывающего болезнь нет.

ВИРУСЫ Научные исследования проводились и в области вирусологии. Таким образом было высказано предположение, что на развитие аутизма могут повлиять токсическая и инфекционная причины. Вирус простого герпеса, краснухи, моноклеоза, ветряной оспы, розеола и цитомегаловируса очень опасны для развивающегося мозга ребенка. Они могут вызвать нестандартный ответ иммунной системы организма на инфицирование, что может повлечь за собой развитие аутизма и других аутоиммунных болезней. При сниженном иммунитете у новорожденных, проникновение вируса в их организм в значительной степени влияет на нервную систему и головной мозг, вследствие чего возникает аутоиммунная реакция. Говоря простым языком, организм младенца борется сам с собой, поражая при этом собственные здоровые клетки, благодаря чему появляются ранний детский аутизм и умственная отсталость. Чаще всего вирус проникает в организм ребенка при внутриутробном развитии, при инфицировании беременной женщины. Также возможно заражение грудничка через материнское молоко при грудном вскармливании или слюну. Бывает так, что ребенок подхватывает инфекционное заболевание в яслях. Более слабые области головного мозга подвергаются удару в первую очередь, а это именно те, которые отвечают за эмоциональное настроение и коммуникативные навыки. К примеру, мозжечковая миндалина способствует регулированию эмоционального фона и несет ответственность за манеру общения, интонацию, а также за зрительный контакт. А как известно основными симптомами аутизма являются отсутствие зрительного контакта, эмоциональная бедность, замкнутость и снижение коммуникативных функций.

ВАКЦИНА Одна из теории повествует о том, что аутизм вызывают прививки, сделанные детям в младенческом возрасте в процессе обязательной вакцинации. Однако на сегодняшний момент было проведено множество различных научных исследований, но ни одно из них так и не доказало связь между вакцинами, или их сочетанием с данным заболеванием. Также не было найдено абсолютно никаких доказательств того, что вещества, используемые при производстве вакцин способствуют возникновению расстройств аутистического спектра. Теория о том, что Тимеросал, добавляемый в вакцины увеличивает в несколько раз риск развития такого заболевания, осталась только голословной теорией.

ГЛЮТЕН КАК ПРОВОКАТОР ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ В последнее время заговорили о том, что одним из факторов вызывающих аутизм у детей и взрослых может быть пищевая непереносимость глютена. Как известно, клиническим проявлением такого отклонения является болезнь целиакия. И ведь действительно, при соблюдении безглютеновой диеты при расстройствах аутистического спектра наблюдался положительный эффект. Впоследствии ученые опровергли имеющуюся связь между целиакией и возникновением аутизма у детей, однако подтвердили, что повышенный риск развития данной болезни имеется у тех людей, которые обладают нормальной слизистой оболочкой кишечника, но при этом с положительным тестом на антитела к компонентам глютена. Выходит, что патологические состояния при аутизме развиваются не при клинических проявлениях глютеновой непереносимости, то есть целиакии, а непосредственно под влиянием глютена. Теория о том, что иммунологическая непереносимость компонентов глютена может лежать в основах механизма развития расстройств аутистического спектра, получила подтверждение. Именно поэтому при лечении аутизма диетологом в обязательном порядке назначается безглютеновая диета, которая значительно улучшает когнитивные функции у заболевших детей.

ДУХОВНЫЕ ПРИЧИНЫ Психология имеет свои взгляды на причины возникновения такой болезни. Духовные и психологические факторы играют в развитии аутизма далеко не малую роль. Психосоматика заболевания свидетельствует о том, что физиологические проявления при такой болезни тесно связаны именно с психологическими. Например, ребенок теряет речевые навыки при нежелании общаться с окружающими. Психологическими причинами, повлиявшими на приобретение болезни, в таком случае становятся: проблемы во взаимоотношениях с матерью в раннем детском возрасте; недостаточное внимание к малышу со стороны родителей; перенесенный сильный эмоциональный стресс; полное игнорирование ребенка матерью, раннее отлучение от груди; психологическая травма у ребенка; искаженное восприятие окружающего мира из-за его недостаточного

познания. У таких детей часто возникает не врожденный, а приобретенный аутизм.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ МАТЕРИ Образ жизни матери ребенка и ее психологическое состояние при беременности также может повлиять на развитие такой болезни.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ Одной из причин возникновения аутизма принято считать перенесенные беременной женщиной инфекционные заболевания во время вынашивания плода. К таким инфекциям относятся корь, герпес и ветряная оспа. Даже обычный грипп и острые вирусные инфекции в такой период увеличивают риски рождения ребенка аутиста практически в два раза.

ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СТРЕСС Эмоциональное состояние женщины во время беременности тоже может быть причиной появления у ребенка расстройств аутистического цикла. Частые стрессы, перенесенные женщиной в такой период увеличивают в крови концентрацию глюкокортикоидов (стероидные гормоны из подкласса кортикостероидов, продуцируемые корой надпочечников.), которые при избыточном количестве не нейтрализуются, а поступают в организм плода. Гормоны способны проникать в головной мозг ребенка, вызывая в нем различные нарушения, которые проявляются сразу после рождения малыша или по мере его развития. Обычно это период первого года жизни, или семи-деяти лет. Глюкокортикоиды, циркулируя по организму ребенка, становятся причиной повышенной тревожности, выраженных страхов, способствуют развитию расстройств нервной системы, а также психосоматических заболеваний, в том числе и раннего детского аутизма.

ВОЗРАСТ РОДИТЕЛЕЙ В таком вопросе большую значимость имеет именно возраст отца. Мужчины старше пятидесяти лет на шестьдесят шесть процентов увеличивают риск возникновения аутизма. Если на момент зачатия возраст будущего отца от сорока до пятидесяти лет, то цифра снижалась до двадцати восьми процентов. Поздний возраст матери также накладывает свой отпечаток. Женщины, ставшие матерями после сорока лет на пятнадцать процентов больше подвержены риску родить ребенка аутиста, чем тридцатилетние. А если оба родителя перешагнули рубеж сорокалетнего возраста то риски возрасали еще больше.

СОВОКУПНОСТЬ ФАКТОРОВ Говорить о какой-либо одной причине возникновения патологии нужно с осторожностью. В последнее время, ученые все чаще отмечают тот факт, что на возникновение и развитие расстройств аутистического спектра влияет совокупность различных факторов, среди которых и наследственная предрасположенность, и

экология, и возраст родителей и различные психологические причины.

ПОДВОДЯ ИТОГИ Причин возникновения аутизма существует достаточно много, и на сегодняшний момент они еще не до конца изучены. Поэтому с достоверностью нельзя сказать, какая именно причина является основополагающей при возникновении данного заболевания. Современные положения, научные труды и исследования, проводимые в этой области, все больше заставляют склоняться к мысли о том, что единой причины вызывающей болезнь не существует. Заболевание формируется под влиянием нескольких факторов, которые в совокупности и приводят к появлению расстройств аутистического спектра.

Характеристика детей с РАС по Никольской (слайд 5)

О. С. Никольской в 1985 - 1987 годах выделены четыре основные группы раннего детского аутизма. Критериями деления избраны характер и степень нарушения взаимодействия с внешней средой — по существу, тип самого аутизма.

1-я группа - дети с отрешенностью от внешней среды

Относящиеся к этой группе дети характеризуются наиболее тяжелыми нарушениями психического тонуса и произвольной деятельности. Они наиболее тяжелы в проявлениях аутизма: не имеют потребности в контактах, не овладевают навыками социального поведения. У них не наблюдаются стереотипные действия, нет стремления к поддержанию привычного постоянства окружающей среды. В первые годы жизни этих детей отличают следующие признаки: застывший взгляд, отсутствие ответа на улыбку матери, отсутствие чувства голода, холода, реакции на боль. Они не требуют внимания родителей, хотя полностью беспомощны, почти или совсем не владеют навыками самообслуживания, примитивной игрой. Нередко подозреваются в глухоте или слепоте из-за того, что не откликаются на зов, не оборачиваются на источник звука, не следят взглядом за предметом. Эти дети мутичны. В условиях интенсивной психолого-педагогической коррекции у таких детей могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания, но их социальная адаптация затруднена даже в домашних условиях.

2-я группа - дети с отвержением внешней среды

Они более активны, чем дети 1-й группы: избирательно контактны со средой, реагируют на холод, голод, боль, им свойственны переживания удовольствия и неудовольствия. Страхи перед окружающим у них сильнее, чем у других детей с ранним детским аутизмом. При изменении привычной окружающей обстановки у таких детей наблюдаются аффекты, страхи, протест, плач. С тревогой и многочисленными страхами

могут бороться аутостимуляцией положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипии: двигательных (прыжки, взмахи руками, раскачивания, перебежки и т. д.), речевых (скандирование слов, стихов, эхолалия), сенсорных (самораздражение зрения, слуха, трясение тряпочек, веревочек, закручивание шнурков и т. д.). Таким образом, они заглушают неприятные воздействия извне. У детей отмечается однообразие игры, задержка в формировании навыков самообслуживания, возможны двигательные возбуждения (вспышки агрессии, паническое бегство без учета опасности). Обычно малодоступны контакту, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут. Спонтанно у них вырабатываются лишь самые простейшие стереотипные реакции на окружающее, речевые штампы. Часто наблюдается примитивная «симбиотическая» связь с матерью, основанная на необходимости ежеминутного ее присутствия. При адекватной длительной коррекции дети 2-й группы могут быть подготовлены к обучению во вспомогательной (иногда в массовой) школе.

3-я группа - дети с замещением внешней среды

Эти дети имеют более сложные формы защиты от переживаний и страхов, выражающиеся в формировании патологических влечений, в компенсаторных фантазиях. Их поведение ближе к психопатоподобному. Для них характерна более развернутая монологическая речь, однако к диалогу такие дети не способны. Низка способность к сопереживанию, эмоциональные связи с близкими недостаточны. Возможны вспышки агрессии как способ обратить на себя внимание: могут хватать за волосы, за лицо. Лучше адаптированы в быту, без больших затруднений осваивают навыки самообслуживания. Дети 3-й группы при активной медико-психологопедагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

4-я группа - дети со сверхтормозимостью окружающей средой

У детей этой группы менее высок аутистический барьер, меньше патология аффективной и сенсорной сфер. Более выражены неврозоподобные расстройства: тормозимость, робость, пассивность, пугливость в контактах, сверхосторожность. Активно усваивают поведенческие штампы, формирующие образцы правильного социального поведения. Игра тихая и малоподвижная. Особенно чувствительны к отрицательному отношению взрослых, резкой форме замечаний. Их настроение и поведение зависят от эмоционального состояния близких. Уходят от контактов при изменении стереотипов. Любят природу, нежную музыку, мелодичные стихи. Дети именно этой группы часто обнаруживают парциальную одаренность. Дети 4-й группы могут быть подготовлены к обучению в массовой школе, а в небольшой

части случаев - обучаться в ней и без предварительной специальной подготовки.

Отличия детей с РАС от

Детей с РДА следует отличать от умственно отсталых детей. За умственную отсталость при РДА может приниматься отсутствие реакции на мать, на людей вообще, позже — отсутствие речи, навыков самообслуживания, игры.

Но следует учесть, что у умственно отсталого ребенка имеются:

- зрительный контакт;
- развиты витальные потребности (в еде, тепле);
- моторное развитие - у детей наблюдается адинамия или двигательная расторможенность, при выраженных формах умственной отсталости наблюдаются грубые нарушения моторики (у детей с РАС парадоксальное сочетание между спонтанной непроизвольной и произвольной двигательной активностью);
- речевое развитие – используют речь, которой овладели в той или иной степени;
- контакты со средой - у детей с умственной отсталостью меньше нарушены контакты;
- изменение обстановки – не столь резкая и более адекватная реакция на изменение обстановки;
- ориентация в пространстве – при умственной отсталости развита хуже;
- страхи - понятные, адекватные (страх перед темнотой, собакой и т.д.);
- эмоциональное развитие – у умственно отсталых детей в меньшей степени нарушено или совсем не нарушено эмоциональное отношение к неодушевленным и одушевленным предметам окружающего мира (при РАС привязанность к матери нередко носит характер симбиоза – без эмоциональной привязанности);
- при умственной отсталости двигательная сфера развивается раньше, чем интеллектуальная, а при РАС интеллектуальные возможности ребенка часто опережают созревание моторной сферы.

Иногда даже по одним только внешним признакам можно отличить умственно отсталого ребенка от детей с РДА. Дети с умственной отсталостью, как правило, имеют органические дисплазии туловища и головы, а дети с РАС — тонкие черты лица и общий астенический облик.

2. Дифференциальная диагностика аутистических расстройств и задержки психического развития

При задержке психического развития (ЗПР), как и при РАС, центральным звеном патогенеза является нарушение эмоционально-волевой сферы. Кроме того, значительную часть (примерно 70%) всех

случаев составляет *ЗПР церебрально-органического генеза*, когда парциальность нарушений энцефалопатического характера, накладываясь на задержанное развитие, нередко создает впечатление искаженности и иногда может напоминать РАС.

Не все формы ЗПР и РАС в равной мере актуальны в плане дифференциальной диагностики. Например, об этом не может быть и речи в случае тяжелых форм РАС, сопровождающихся выраженной интеллектуальной недостаточностью; иное дело - относительно легкие, негрубые случаи детского аутизма.

Детей с ЗПР конституционального генеза (неосложненный гармонический психический и психофизический инфантилизм). отличают от аутистов следующие проявления:

- эмоциональное развитие - яркость и живость эмоций в сочетании с поверхностностью переживаний, способность легко вступать в контакт и в то же время отсутствие глубоких эмоциональных связей с другими людьми;
- интеллектуальное развитие - интеллектуальные функции, несмотря на легкую задержку (или даже фактическую сохранность) характеризуются относительной гармоничностью (в то время как характерной особенностью интеллекта детей с РАС является именно неравномерность развития отдельных функций);
- игра - увлеченность игрой, изобретательность и находчивость в игровых действиях (в отличие от однообразной, стереотипной, лишенной сюжета игры ребенка с аутизмом);

Достаточно редко приходится дифференцировать РАС с соматогенной ЗПР.

Главная причина необходимости такой дифференцировки - высокая частота хронических соматических заболеваний (аллергические расстройства, нейродермиты, хронические инфекции и др.). Также, как и при соматогенной ЗПР этому часто сопутствует астенизация у детей с РАС. Такая астенизация сама по себе создает предпосылки для ограничения контактов с окружающим и благоприятствует аутизации.

Детей с соматогенной ЗПР отличает от детей с РАС следующее:

- эмоциональное развитие - контакты с другими людьми (чаще близкими) избирательные, но эмоционально насыщенные, понятные области интересов и привязанностей.
- контакты с окружающим - ограниченность и избирательность контактов связаны не с пресыщением, а с астенизацией, как ограниченностью в первую очередь физических возможностей. В доступных пределах дети заинтересованы в контактах (при РАС ограниченность контакта носит несколько иной характер: интересы нередко необычны, причудливы, вычурны, с элементами сверхценности; сугубо аутистический характер носят особенности коммуникации; лимитирующим механизмом в контактах со средой оказывается, как правило, пресыщение).

- тревожность и страхи - чаще всего понятны и объяснимы, поскольку обусловлены соматической патологией и связанными с ней обстоятельствами.

Дифференциальная диагностика РАС и психогенной ЗПР.

Дети с РАС и психогенной ЗПР имеют следующие общие признаки: страхи, тревожность, поверхностность или ограниченность контактов, отсутствие глубоких эмоциональных привязанностей, невыраженность интересов и склонностей и другие. Главным критерием дифференциальной диагностики является иная, чем при РАС, природа расстройств: незрелость эмоциональной сферы, основанная на ранних реактивных состояниях.

Дифференциальная диагностика аутистических расстройств и ДЦП.

Необходимость дифференциальной диагностики РАС и детского церебрального паралича (ДЦП) возникает довольно часто, причем в этом случае диагностика не строится по альтернативному принципу (или РАС, или ДЦП). Это связано с тем, что в клинической картине аутизма довольно значительное место принадлежит двигательным расстройствам, а в психопатологической структуре ДЦП – различным аутистическим явлениям либо вторичной аутизации, и, кроме того, нередки случаи сложного дефекта. Предполагается, что в патогенезе РАС и ДЦП могут быть общие моменты, скорее всего в нарушениях метаболизма нейромедиаторов. **Нейромедиаторы (иное наименование – нейротрансмиттеры)** – биологически активные субстанции, являющиеся химическими мессенджерами в организме. Их функции состоят в передаче (транспортировке) сигналов от нейрона (нервной клетки) к клеткам-мишеням (получателям сигналов). Клетками-мишенями могут быть не только нейроны, но и структуры мускулатуры и эндокринных желез. Кроме того, при тяжелых формах РАС обычны знаки органической недостаточности ЦНС, которые могут включать и истинный синдром ДЦП, а ДЦП может сочетаться с различными проявлениями РАС. В этих случаях речь будет идти о разграничении основного и дополнительного синдромов и целостной картине аномалии развития.

Проявления двигательных расстройств при обеих аномалиях развития в определенной степени сходны: это нарушения мышечного тонуса, ритмичности и выразительности движений, недоразвитии синхронных движений рук и ног при ходьбе, нарушении формирования выразительных движений, в первую очередь мимических, насыщенных смыслом и этим близких к речи. К моторным расстройствам, характерным и для РАС (очень часто), и для ДЦП (практически всегда), относится и нарушение «кинетической мелодии» движений (А.Р.Лурия, 1962) – их толчкообразность, дезавтоматизированность. Сила и точность движений также страдают (при ДЦП всегда, при аутизме – часто), что задерживает формирование предметных действий.

Дифференциальная диагностика аутистических расстройств и сенсорных и речевых нарушений (слуха, зрения, ТНР).

Часто первые тревоги возникают у родителей аутичных детей именно в связи с необычностью их речи. Странная интонация, штампы, перестановка местоимений, эхолалии — все это проявляется так ярко, что проблем дифференциации с другими речевыми расстройствами, как правило, не возникает. Однако в некоторых, а именно самых тяжелых и самых легких, случаях детского аутизма трудности все же возможны.

В самом тяжелом случае — случае мутичного (не пользующегося речью и не реагирующего на речь других) ребенка может встать вопрос о моторной и сенсорной алалии (отсутствии речи при нормальном слухе и умственном развитии; моторная алалия — невозможность говорить, сенсорная — непонимание речи). Мутичный ребенок отличается от страдающего моторной алалией тем, что иногда может произвольно произносить не только слова, но даже сложные фразы. Труднее решить вопрос о сенсорной алалии. Глубоко аутичный ребенок не сосредоточивается на обращенной к нему речи, она не является инструментом организации его поведения. Понимает ли он то, что ему говорят, сказать трудно. Опыт показывает, что даже если он и пытается сосредоточиться на инструкции, то не удерживает ее в сознании целиком. В этом он сходен с ребенком, испытывающим трудности в понимании речи. С другой стороны, аутичный ребенок может иногда адекватно воспринимать и учитывать в поведении относительно сложную информацию, полученную из речевого сообщения, обращенного к другому человеку.

Самым же главным идентифицирующим признаком является характерное для глубоко аутичного ребенка глобальное нарушение коммуникации: в отличие от ребенка с чисто речевыми трудностями, он не пытается выразить свои желания вокализацией, взглядом, мимикой или жестами.

В наиболее легких случаях детского аутизма, когда вместо полного отсутствия коммуникации наблюдаются лишь связанные с ней затруднения, возможны проявления самых разных речевых нарушений. В подобных случаях можно обнаружить явные проблемы с восприятием речевой инструкции, общую смазанность и нечеткость произношения, запинки, аграмматизмы (нарушения грамматического строя речи), трудности в построении фразы. Все эти проблемы возникают именно при попытке ребенка вступить в коммуникацию, организовать целенаправленное речевое взаимодействие. Когда же высказывания автономны, ненаправленны, штампованны, тогда речь может быть более чистой, фраза более правильной. При дифференциации в таких случаях следует отталкиваться именно от сравнения возможностей понимания и использования речи в ситуациях аутистимуляции и направленного взаимодействия.

При дифференциальной диагностике необходимо также учитывать более общие характеристики поведения. В попытках коммуникации аутичный ребенок будет проявлять сверхзастенчивость, заторможенность, повышенную

чувствительность к взгляду другого человека, тону его разговора. Он будет стремиться к общению в привычной и ритуализированной форме и теряться в новой обстановке.

Почти у каждого аутичного ребенка в младенчестве подозревают **глухоту или слепоту**. Эти подозрения вызваны тем, что он, как правило, не откликается на свое имя, не следует указаниям взрослого, не сосредоточивается с его помощью. Однако подобные подозрения быстро рассеиваются, поскольку родители знают, что отсутствие реакции на социальные стимулы часто сочетается у их ребенка со «сверхочарованностью» определенными звуковыми и зрительными впечатлениями, вызванными, например, восприятием шуршания, музыки, света лампы, теней, узора обоев на стене – их особое значение для ребенка не оставляет у близких сомнений, что он может видеть и слышать.

Тем не менее, само внимание к особенностям восприятия такого ребенка вполне понятно. Более того, существуют аргументированные предложения ввести в основные клинические критерии синдрома детского аутизма аномальность реакции на сенсорные раздражители. Аномальность в данном случае – это не просто отсутствие реакции, а ее необычность: сенсорная ранимость и игнорирование стимула, парадоксальность ответа или «сверхочарованность» отдельными впечатлениями.

Важно также помнить о характерном различии реакций на социальные и физические стимулы. Для нормального ребенка социальные стимулы чрезвычайно важны. Он прежде всего отзывается на то, что исходит от другого человека. Аутичный ребенок, наоборот, может игнорировать близкого человека и чутко откликаться на иные стимулы.

С другой стороны, в поведении детей с нарушениями зрения и слуха также могут отмечаться однообразные действия, такие, как раскачивание, раздражение глаза или уха, перебирание пальцами перед глазами. Так же, как и в случаях детского аутизма, эти действия несут функцию аутостимуляции, компенсирующей недостаточность реального контакта с миром. Однако нельзя говорить о детском аутизме, пока стереотипность в поведении не сочетается с трудностями в установлении эмоционального контакта с другими людьми, разумеется, на доступном ребенку уровне, с помощью доступных ему средств.

Дифференциальная диагностика аутистических расстройств и шизофрении.

В настоящее время высказываются разные точки зрения. По мнению одних специалистов (в основном зарубежных) аутизм и шизофрения есть разные расстройства и никак между собой не связаны. Другие ученые и врачи-практики (прежде всего отечественные) считают их во многом близкими и рассматривают аутизм как или предболезненное состояние, или вариант вялотекущей шизофрении, или ее конечное состояние.

Несмотря на то, что в пользу каждой из позиций приводятся многочисленные аргументы, вопрос о связи аутизма и шизофрении остается до конца не

решенным, что, прежде всего, связано с неодинаковым пониманием природы и сущности этих расстройств в разных психиатрических школах. В такой ситуации наиболее оправданным представляется прагматический подход: даже если мы видим аутизм в рамках текущего шизофренического процесса, это не только не исключает, но требует своевременной психолого-педагогической работы.

В соответствии с ФГОС существуют четыре разных варианта программы обучения детей с РАС, подразделяемые по степени интеллектуального развития ребенка.

Программа 8.1: по ней обучаются дети с сохранным интеллектом. Уровень их итоговых достижений должен быть таким же, как у сверстников. Дети учатся по обычным учебникам, по обычной программе и стандартному учебному плану. Разница заключается в том, что им обязательно дополнительно заниматься с психологом, логопедом. На период адаптации к школе ребенку может потребоваться тьютор.

Программа 8.2: обучаются дети с РАС, имеющие задержку психического развития. Их уровень итоговых достижений также должен соответствовать уровню сверстников, но учатся они в более пролонгированные сроки. Если ребенок ранее посещал дошкольную организацию и получал психолого-педагогическую коррекцию, срок его обучения в начальной школе составит пять лет. Если он не посещал дошкольную организацию – он будет учиться шесть лет. Программа

8.3 – по этой программе обучаются дети с легкой и умеренной степенью интеллектуального нарушения. Это пограничная ситуация: с одной стороны, такие дети могли бы учиться в специализированных школах, с другой стороны, по желанию родителей они могут быть зачислены и в массовую школу. Предполагаемый уровень их итоговых достижений не соответствует уровню сверстников, они учатся по адаптированным учебникам. Срок обучения в начальной школе для таких детей – 6 лет. Программа 8.4 – для детей с тяжелой степенью задержки интеллекта и множественными нарушениями развития. Как правило, такие дети имеют серьезные логопедические проблемы (не говорят совсем или имеют серьезные задержки речевого развития). Срок обучения по программе 8.4 – 6 лет, предполагаемый уровень достижений значительно отличается от уровня сверстников, при этом основной акцент делается в большей степени на социализацию ребенка, чем на академические успехи. Примерно 70% образовательной программы будет направлено на освоение ребенком бытовых навыков и жизненных компетенций.

Как может быть организовано обучение?

Что касается вариантов организации обучения для детей с РАС, то они могут быть следующие: Полная инклюзия. Ребенок обучается в обычном классе вместе со сверстниками. Инклюзивное образование с использованием технологии ресурсной зоны. Ребенок зачислен в обычный класс, но, когда у него возникают трудности, он может получить индивидуальную поддержку в отдельном помещении – ресурсной зоне. Эта форма возможна, если к ребенку приставлен тьютор и если в школе оборудована ресурсная зона – большой кабинет, где каждый ребенок с особенностями развития занимается индивидуально со своим тьютором. Коррекционные классы в

общеобразовательной или специальной коррекционной школе, или же ребенок обучается в спецшколе. И здесь возможны варианты – например, ребенок с аутизмом может попасть в класс, где собраны очень разные дети с очень разными нарушениями развития (интегрированный класс). Или, если у него наблюдается задержка интеллектуального развития, он может обучаться в классе с детьми с нарушениями интеллекта. Или же класс полностью укомплектован детьми с РАС – в разных формах и проявлениях. Индивидуальное обучение на дому. Некоторым детям в силу их поведенческих нарушений рекомендуется учиться индивидуально на дому, но даже в этой ситуации стоит задуматься о социализации – например, подключаться к классу сверстников хотя бы раз в неделю на те или иные предметы, на выездные мероприятия.

Индивидуальный план Обратим внимание: прямой связи между уровнем программы и формой организации обучения нет. Важно, чтобы форма организации обучения подбиралась индивидуально, в соответствии с потребностями и уровнем социализации ребенка И еще! У каждого ребенка есть возможность составить индивидуальный учебный план. Это особое расписание для ребенка – где, чему и в какой момент он будет учиться. Например, для ребенка с РАС крайне сложна математика, поэтому он проводит в инклюзивном классе почти все время, а во время уроков математики отправляется на индивидуальные занятия с дефектологом. Индивидуальный план для ребенка составляет школа, по совместному решению специалистов внутри организации – классного руководителя, психолога, логопеда, учителей-предметников. Как правило, решение об индивидуальном плане принимается по истечении диагностического периода, который длится около месяца. Таким образом, к концу первой четверти ребенок уже может получить свой индивидуальный план. Нужны ли детям с РАС особые учебники? Это больной вопрос, так как универсального учебника для детей с РАС нет и, вероятно, создать его будет практически невозможно: слишком разнообразны проявления этого расстройства. Каждому ребенку с РАС требуется индивидуальный подход. В настоящий момент, обучая детей с РАС по программам 8.1 или 8.2, учителя могут брать за основу линейку для общеобразовательной школы, но и в этой ситуации учебники нуждаются в адаптации. Если же ребенок обучается по программе 8.3 или 8.4, то за основу берутся учебники для детей с интеллектуальными нарушениями, которые тоже нужно адаптировать. Например, уменьшать число упражнений на одном листе, делать крупнее шрифт, уменьшать количество мелких незначимых деталей в рисунках, добавлять визуальную поддержку (рисунки, упрощающие понимание). Обычно учителя инклюзивных школ сами, как могут, адаптируют те или иные главы учебников под нужды учеников. Но, конечно, если бы когда-нибудь появился учебник для детей с РАС, хотя бы усредненный – это было бы очень

ценно.



Учитель – дефектолог
МБОУ Гимназия № 5
Гурьянова М.В.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) РАС введены в рубрику F 84 «Общие расстройства психологического развития».

F 84.0 Детский аутизм (начало от 0 до 3-х лет)

F 84.02 Аутизм процессуальный (начало до 3-х лет).

F 84.1 Атипичный аутизм

атипичный детский психоз (начало между 3 и 5-ю годами)

умеренная умственная отсталость (УМО) с аутистическими чертами

F 84.2 Синдром Ретта

F 84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста (дезинтегративный психоз, синдром Геллера, детская деменция, симбиотический психоз).

F 84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями.

F 84.5 Синдром Аспергера.

Диагноз «Детский аутизм» (F 84.0) ставится в соответствии с диагностическими критериями, представленными в современных медицинских руководствах. Существуют диагностические критерии детского аутизма по МКБ-10.



Памятка для педагогов

Возможные признаки аутистических расстройств у детей дошкольного и младшего школьного возраста

не смотрит
в глаза

не играет
со сверстниками

избегает общения

общается с
одним взрослым



избирателен
в еде и одежде

играет с одной и
той же игрушкой

сопротивляется
переменам

боится
испачкаться



выстраивает
предметы в ряд

не любит
двигаться

использует
ритуалы

хаотично
передвигается



не любит
телесный контакт

часто ходит
босиком

быстро
утомляется

закрывает уши
руками при звуках



Если Вы регулярно наблюдаете у ребёнка некоторые из этих признаков,
проконсультируйтесь со специалистом.



особенности
общения



особенности
восприятия



особенности
поведения



особенности
сенсорного развития

Причины раннего детского аутизма.

- 1. Генетические факторы.
- 2. Перинатальные повреждения ЦНС.
- 3. Вирусы и инфекции матери во время беременности.
- 4. Структурные и функциональные нарушения мозга.
- 5. Неопределённые пока факторы.

Ранний детский аутизм (РДА) – классификация О.С.Никольской

I группа

- ***дети с отрешенностью от внешней среды*** (глубокое погружение в себя).

II группа

- ***дети с отвержением внешней среды*** (стереотипные действия и защита от неприятных впечатлений извне).

III группа

- ***дети с замещением внешней среды*** (Захваченность одними и теми же занятиями и интересами, стереотипные монологи у детей с развитой речью).

IV группа

- ***дети со сверхтормозимостью окружающей средой*** (застенчивость, сверххранимость).

ОТ ЧЕГО СЛЕДУЕТ ОТЛИЧАТЬ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ

- Глухота, слепота
- Умственная отсталость
- Моторная и сенсорная алалии (отсутствии речи при нормальном слухе и умственном развитии; моторная алалия - невозможность говорить, сенсорная - непонимание речи)
- Шизофрения
- Нарушения общения

Различия и единство полушарий мозга

Левое

Логика

Анализ

Языки

Речь и письмо

Восприятие через
слух, зрение, вкус

Мир ограничен
пространством и
временем



Правое

Интуиция

Фантазии

Рисование

Воображение

Восприятие через
(шестое чувство)

Без ограничений
пространства и
времени

На сегодняшний день в мире официально зарегистрировано **6,5 миллионов** аутистов.

Только за последние 30 лет статистика этого заболевания резко увеличилась: по данным «Всемирной организации аутизма», в 2008 году 1 случай аутизма приходится на 150 детей. За десять лет количество детей с аутизмом выросло в 10 раз. Аутизм называют болезнью 21 Века.