

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ
Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Заведующий кафедрой - д.м.н., доцент Березовская М.А.

Реферат

На тему: Ранний детский аутизм

Выполнила: ординатор 2 года обучения
специальности «Психиатрия» Трифонова В.В.
Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Красноярск, 2021

Оглавление

1. Введение.....	3
2. Описание заболевания	3
3. История вопроса.....	4
4. Механизмы проявления и клиническая картина РДА.....	4
5. Лечение РДА.....	6
6. Заключение	8
7. Список литературы	10

1. Введение

Фундаментальное свойство человека — стремление к общению с окружающим миром и себе подобными, к коммуникации и социализации. Зародыши социальности в норме можно увидеть уже у беспомощного младенца. Здоровый ребенок очень быстро начинает узнавать мать и выделять ее из окружения. При кормлении он прикивается к материнской груди, принимая совсем не ту позу, которую можно видеть, например, когда посторонний человек кормит младенца из бутылочки. Если грудной ребенок выворачивается при попытке матери взять его на руки, или лежит на руках у матери как неодушевленный предмет, или не смотрит ей в лицо, — это должно вызывать серьезные подозрения, касающиеся психического здоровья ребенка. Чаще всего подобная ранняя “асоциальность” наблюдается у детей, страдающих так называемым ранним детским аутизмом, или синдромом Каннера (по имени врача Лео Каннера, впервые подробно описавшего этот тип патологии в 1943 г.). В жизни и врачебной практике ранний детский аутизм обычно обнаруживается в связи с тем, что у таких детей не развивается речь. Именно с жалобой “наш ребенок все еще не говорит” родители начинают обращаться к врачам. Впрочем, “неговорящими” являются не только аутичные дети, т.е. дети с синдромом Каннера, но и дети с системным недоразвитием “речевых” зон мозга; дети, глухие от рождения или очень рано оглохшие; перенесшие детский церебральный паралич и т.п. Увы, современное общество в избытке обеспечивает нас “неговорящими” детьми. Причины этого многообразны. В частности, развитие медицины и педагогической практики позволяет не только выжить, но и социализироваться детям с такими тяжелыми патологиями речи, которые в прежние времена оставили бы их не только вне “большого” социума, но и просто на обочине жизни. Но вот что именно вызывает “подлинный” РДА, описанный Каннером, науке до сих пор неизвестно. Однако количество детей, страдающих аутизмом, с каждым годом увеличивается, и проблема аутизма становится все более актуальной для современной психопатологии, специальной педагогики, а также врачей (как психиатров, так и педиатров) и родителей в связи с тем, чтобы уметь вовремя распознать симптомы данного заболевания, и оказать своевременную помощь для повышения возможностей ребенка к социализации.

2. Описание заболевания

Ранний детский аутизм — клинический синдром, впервые описанный Л. Каннером в 1943 г. Его основными признаками являются:

1. Врожденная неспособность ребенка к установлению аффективного контакта посредством взгляда, мимики, жеста, не обусловленная низким интеллектуальным уровнем;
2. Стереотипность поведения;
3. Необычные реакции на раздражители (дискомфорт или поглощенность впечатлениями);
4. Нарушения речевого развития;
5. Раннее проявление — до 30-го месяца жизни.

Особенно ярко аутизм проявляется в возрасте 3–5 лет и сопровождается страхами, негативизмом, агрессией. В дальнейшем острый период сменяется нарушениями интеллектуального и личностного развития.

По данным психиатров Германии, США, Японии частота встречаемости РДА исчисляется от 4 до 1 больного на 10000 детского населения. Соотношение мальчиков и девочек 4-5 : 1. У детей с РДА коэффициент интеллекта более чем в двух третях случаев ниже 70.

3. История вопроса

Понимание современных подходов к определению РДА вряд ли возможно без краткого экскурса в историю вопроса об аутизме в детстве.

Можно назвать 4 основных этапа в становлении этой проблемы.

Первый, донозологический период конца 19 – начала 20 веков характеризуется отдельными упоминаниями о детях со стремлением к уходом и одиночеству.

Второй, так называемый доканнеровский период, приходящийся на 20 – 40 годы нашего столетия, отличается постановка вопросов о возможности выявления у детей шизоидии (Сухарева Г.Е., 1927, Симеон Т.П., 1929 г. и др.), а также о сущности “пустого” аутизма по Lulz J. (1937 г.).

Третий, каннеровский период (1943 – 1970 гг.) ознаменован выходом в свет кардинальных работ по аутизму, как самого L. Kanner (1943), так и Н. Asperger (1944 г.), а позднее и бесконечного множества других специалистов. В своей первой работе L. Kanner охарактеризовал РДА, как особое состояние, с нарушениями общения, речи, моторики, которое он отнес к состояниям так называемого “шизофренического” спектра. В последующие годы РДА рассматривался как конституциональное особое состояние – В. Rimland (1964 г.), Башина В.М. (1974 г.); как аутистическое, постприступное, после приступа шизофрении – Вроно М.Ш., Башина В.М., (1975 г.), и др. Такие клиницисты, как Arn van Krevelen, 1952, Мнухин С.С. с соавторами, 1967 г. и мн. др., выдвинули концепцию органического происхождения РДА, согласно которой имело место частичное или полное фенотипирование синдрома РДА. Наконец, ряд исследователей отстаивали полиэтиологичность РДА, связывая его происхождение с органическими, реактивными причинами, последствиями нарушения симбиоза между матерью и ребенком, – нарушениями адаптационных механизмов у незрелой личности (Mahler M., 1952 г.; Nissen G., 1971 г.; Rutter M., 1982 г. и мн. др). В эти же годы были выявлены аутистические симптомы в клинике больных фенилпировиноградной олигофренией, при Х-ломкой хромосоме, синдроме Ретта и др.

Наконец, четвертый: послеканнеровский период (1980 – 1990 годы) характеризуется отходом от позиций самого L. Kanner во взглядах на РДА. РДА стал рассматриваться, как неспецифический синдром разного происхождения.

В России первое описание органического аутизма было представлено в 1967 г. С.С. Мнухиным с соавторами. На основании изучения характера преморбиды у больных ранней детской шизофренией и начальных этапов личностного развития детей с РДА, была установлена личностная патология стигматизированного (шизотипического), искаженного (шизоидного), задержанного и типа раннего детского аутизма Каннера-типов. Ученые показали, что наиважнейшей особенностью РДА Каннера являлся особый асинхронный тип задержки развития. Признаки асинхронии развития проявлялись в нарушении иерархии психического, речевого, моторного, эмоционального созревания, нарушении физиологического феномена вытеснения примитивных функций сложными, как это характерно для нормального развития детей, т.е. в синдроме “переслаивания” примитивных функций сложными (Башина В.М., 1974 г., 1979 г., 1989 г.).

4. Механизмы проявления и клиническая картина РДА

Патогенетические механизмы раннего детского аутизма остаются недостаточно ясными, существуют предположения:

- о поломке биологических механизмов аффективности;
- о первичной слабости инстинктов;
- об информационной блокаде, связанной с расстройством восприятия;
- о недоразвитии внутренней речи;

- о центральном нарушении слуховых впечатлений, которое ведет к блокаде потребности в контактах;
- о нарушении активирующих влияний ретикулярной формации и многие другие.

Клиническая картина аутистического синдрома у детей с РДА определяется проявлениями отрешенности, с неспособностью к формированию общения, неспособностью к осознанию посторонних персон и неодушевленных предметов (явлениями протодиакриза), отсутствием подражания, реакций на комфорт и дискомфорт, монотонно-однообразным характером поведения, с “симптомами тождества”. Для них характерно господство влечений, противоположные желания, аффекты, представления, в поведении отсутствует единство и внутренняя логика. У них ослаблена эмоциональная реакция на близких, вплоть до полного внешнего реагирования, так называемая “аффективная блокада”; недостаточна реакция на зрительные и слуховые раздражители, что придает таким детям сходство со слепыми и глухими. Во внешнем облике, при обычной миловидности, обращает на себя внимание взгляд, обращенный и пустоту, во внутрь себя, взгляд мимо, взгляд, с преобладанием зрительного восприятия на периферии поля зрения. Моторика угловатая, движения неритмичные, “закостенелые”, или неточные с тенденциями моторных стереотипии в пальцах, кистях рук, ходьба на цыпочках, однообразный бег, прыжки с опорой не на всю ступню. Речь, обычно, не направлена к собеседнику, в периоде речи отсутствует экспрессия, жестикация, мелодика речи нарушена. Голос то тихий, то громкий. Произношение звуков самое разное – от правильного до неправильного. Наблюдаются отклонения то-нальности, скорости, ритма, нет интонационного переноса, постоянны эхолалии, бессвязность, неспособность к диалогу. Длительно сохраняется тенденция к манерному словотворчеству. Экспрессивная речь разлипается с отставанием. В речи часты фразы-штампы, мутизм. Фраза обычно краткая: ассоциации разрыхлены, имеет место смещение мыслей, исчезновение из фраз личных глагольных и местоименных форм, фраза обычно краткая с нарушениями грамматического и синтаксического строя речи. Речь может быть правильной и косноязычной, лепетной. Абстрактные формы познания сочетаются с протопагическими. У многих детей отмечаются нарушения инстинктивной жизни, инверсия цикла сна, перверзность аппетита, изменчивость мышечного тонуса до гипотонии или гипертонии. После полутора – двух лет становится отчетливым нарушение последовательности вытеснения примитивных функций, сложными в пределах всех сфер деятельности, в этом выступает диссоциация развития личности.

Выраженность аутизма неодинакова, что несомненно зависит от генетической предрасположенности и внешних факторов. Дизонтогенетические проявления в круге аутистического синдрома достигают своей наибольшей выраженности к 3-5 годам жизни ребенка. В дальнейшем этот тип расстройств у одних детей становится почти идентичным расстройствам описываемым как становление аутистической шизоидной психопатии типа Аспергера. Близкого же к ним порядка личностные расстройства аутистического типа могут иметь место и у детей с проявлениями аутизма в сочетании с негрубыми резидуальными состояниями вследствие минимальной мозговой дисфункции или более явных органических резидуальных поражениях головного мозга. Тогда как при отчетливо выраженном РДА типа Каннера, при РДА, формирующемся в постприступном периоде рано начавшейся шизофрении, и, в особенности, в связи с X-ломкой хромосомой, синдромом Ретта наблюдается становление псевдоолигофренического дефекта, хотя и опять-таки в разной степени выраженности.

5. Лечение РДА

Коррекционная работа должна проводиться комплексно, группой специалистов различного профиля, включая детских психиатров, невропатологов, логопедов, психологов, педагогов-воспитателей. Важнейшей задачей для развития реабилитационных структур является обучение персонала подходам в коррекционной работе к детям с аутизмом, как и создание специальных воспитательских, дефектологических, логопедических программ для работы с ними.

1) Лечебная помощь

Лечебная помощь должна строиться на базе индивидуальной клинической верификации состояния ребенка и представляется разными лечебными профилями: психофармакотерапией, психотерапией (индивидуальной и семейной физиотерапией, массажем и другими ее видами). Фармакотерапия направлена на купирование психопатологических проявлений болезни, вегето-сосудистой и вегето-висцеральной дистонии, на активизацию ребенка, на ослабление психического напряжения. Чаще всего для лечения поведенческих нарушений используются корректоры поведения из группы антипсихотиков) неуплептил, а для устранения возбудимости – ноотропные (глицин, пантогам).

2) Коррекционная работа

Коррекционная работа должна осуществляться поэтапно, исходя из степени выраженности аутистического дизонтогенеза ребенка с РДА. Использовались адаптированные для работы с аутистами обычные программы по обучению и организации игр для обычных и специализированных детских яслей и садов.

Оценка состояния ребенка-аутиста, уровня его развития, запаса знаний, поведенческих навыков должна проводиться комплексно всеми специалистами и служит основой разработки индивидуального плана коррекционных мероприятий. Направленная деятельность ребенка с РДА планируется с учетом диссоциации психического развития. Используется индивидуальная, а позднее групповая игротерапия.

На первых этапах отрабатывается важнейшая реакция оживления и слежения, формируется зрительно-моторный комплекс. В последующем, в процессе манипуляций с предметами развивают тактильное, зрительнотактильное, кинестетическое, мышечное восприятие. Вырабатываются связи между определенными частями тела и их словесными обозначениями, видами движений, а также их словесными определениями. У ребенка формируется представление о собственном теле, его частях, членах, сторонах.

Затем проводится работа по воспитанию навыков самообслуживания, участия в направленной деятельности. Опыт показывает, что у большинства детей, на начальном этапе работы по лечению аутизма запас знаний, характер игровой деятельности отстает на 2-3 возрастных порядка. У них преобладает манипулятивная игра, отсутствует партнерство, не происходит соотнесение игры с истинным назначением игрушек, не возникает ориентировочной реакции на новые игрушки, лиц, участвующих в игре.

На следующем этапе задача усложняется переходом от манипулятивной игры к сюжетной. Наиважнейшей стороной работы остается побуждение к деятельности, многократное повторение игры, формирование игровых штампов, с постоянным использованием зрительно-моторного комплекса, лишь постепенно вводя от более простых более сложные формы игр и самой моторной деятельности, а также конкретно, последовательно, многократно излагать порядок всех игровых действий.

Словесные комментарии необходимо давать в краткой форме. Собственно педагогические

программы должны быть направлены на обучение детей понятиям числа, счету, определению временных категорий, углублению ориентировки в форме предметов, в пространстве. Аутисты с трудом переходят от одного вида движений к другому, не подражают, не воспроизводят последовательной цепи действий, в особенности моторных, сочетанных с речевыми ответами. Им трудно воспроизведение недавно усвоенных знаний, в особенности знаний из долговременной памяти по требованию. У них обнаруживается декодирование слов. Этап от этапа должна решаться задача усложнения деятельности, должен увеличиваться предлагаемый объем навыков и знаний. Наконец, следует обратить внимание на тот факт, что любые задания должны предлагаться в наглядной форме, объяснения должны быть простыми, повторяющимися по несколько раз, с одной и той же последовательностью, одними и теми же выражениями. Речевые задания должны предъявляться голосом разной громкости, с обращением внимания на тональность. Только после усвоения одних и тех же программ, предлагаемых разными специалистами, примитивная, однообразная деятельность ребенка начинает разнообразиться, и становится направленной. Именно тогда дети переходят от пассивного к осознанному овладению режимных моментов, навыков. В процессе целостного воспитания у аутистов формируется осознание "Я", способность к отграничению себя от других лиц, преодолевается явление протодиакриза.

В настоящее время для страдающих аутизмом детей существуют специально разработанные программы, направленные на приобретение необходимых для жизни и развивающих навыков. Наиболее известные из них:

1) Программа ТЕАССН

Основана на идеи структурированного обучения, направленного на развитие следующих навыков и умений:

- Академические знания (математика, письмо, чтение)
- Умение ориентироваться в быту (одеваться самостоятельно, заправлять постель, готовить еду)
- Социальные навыки и ориентация в городе
- Коммуникация, умение поддерживать диалог.

2) Программа АВА – для дошкольников с аутизмом. Лечение основано на наблюдении реакции и поведения малыша. Основа этого лечения состоит в том, чтобы наблюдать, как выглядят реакции и поведение малыша. После того, как все особенности изучены, подбираются стимулы для конкретного аутиста. Для одних детей таковым является любимое блюдо, для других – музыкальные мотивы. Далее таким поощрением подкрепляют все желаемые реакции. То есть, если малыш сделал все, как нужно, тогда он получит поощрение. Так развивается контакт, происходит закрепление умений и исчезают признаки деструктивного поведения. Программа рассчитана на прохождение в течение трех лет.

1 год-программа направлена на снижение стереотипии, агрессии

2 год-развитие речи, совместные игры

3 год-обучение выражению эмоций, наблюдению

3) Логопедическая работа

Логопедическая работа должна начинаться с определения речевой патологии, свойственной детям-аутистам. Соответствующая коррекция направлена на развитие слухового внимания, фонематического, речевого слуха. Осуществляется постановка звуков, их автоматизация, вводятся дыхательные, голосовые упражнения.

Важной остается задача расширения словарного запаса, развитие способности к составлению предложений по картинкам, их сериям, как и работа над связным текстом, состоящим из бесед, пересказа, "проигрывания", драматизации разных тем, воспроизведение стихотворной речи и ряд других задач. Речь, как наиболее молодая функция центральной нервной системы, страдает в болезни в первую очередь и восстанавливается постепенно, поэтапно, в обратном порядке.

4) Психологическая коррекция

Психологическая коррекция также начинается с диагностики проявлений психического дизонтогенеза ребенка в условиях его общей и игровой деятельности. Основной задачей является вовлечение аутистов в разные виды индивидуальной и совместной деятельности, формирование произвольной, волевой регуляции поведения. Адекватными оказываются игры с жесткой последовательностью событий и действий, их многократное проигрывание. Освоение системы игровых штампов аутистами, способствует формированию у них памяти, внимания, восприятия. В процессе занятий создается в последующем у аутистов возможность переноса усвоенного, т.е. творческая регуляция поведения и повышение предметнопрактической ориентировки в окружающем.

5) Психотерапевтическая работа

Психотерапевтическая работа с самим аутистом и семьей направлена на коррекцию поведения ребенка, нивелировку тревожности, страха, а также на коррекцию и укрепление семьи, привлечение родителей к воспитательной работе с ребенком, обучение приемам работы с ним. Данный подход к оценке структуры психического дефекта у аутистов, прежде всего как к асинхронному развитию всех сфер деятельности ребенка, позволят вскрыть значимость в становлении его не только эндогенных, но и экзогенных факторов, на основании чего возможно обосновать необходимость проведения реабилитации. Реабилитация должна охватывать физиологически благоприятные для развития ребенка сроки: в возрасте 2-3 – 7 лет, несмотря на то, что коррекционные мероприятия естественно необходимы и в последующие годы: 8 – 18 лет. Сроки реабилитации при этом должны рассчитываться индивидуально. Дневные стационары могут быть и смешанными, но с обязательным знанием работы по реабилитации с аутистами. Они могут формироваться как на базе больницы, так и амбулатории, а также в группах яслей, садов и школ. Такое их расположение только приблизит помощь ребенку-аутисту, облегчит его доставку. Наконец, возможно открытие дневных стационаров и групп смешанного типа, с частичным введением в них детей с задержанным речевым и психическим развитием органического генеза. Такой подход решает проблему организации системы реабилитации для детей-аутистов и в поселках с небольшой численностью населения.

Важнейшей задачей для развития реабилитационных структур является обучение персонала подходам в коррекционной работе к детям с РДА, как и создание специальных воспитательских, дефектологических, логопедических программ для работы с ними. В последнее время стали появляться многочисленные работы из других стран, которые подтверждают высокую результативность в плане психической коррекции детей-аутистов при воздействии многопрофильных форм коррекции.

6. Заключение

Ранний возраст - один из самых интенсивных периодов развития, за который ребенок успевает овладеть не только многими сложными навыками - двигательными, речевыми, интеллектуальными, но и взаимодействием с окружающим миром. Сами его взаимодействия с миром, его индивидуальное мироощущение претерпевают огромную динамику, становятся чрезвычайно сложными.

Тот аффективный опыт, который он получает в это время, становится основой всего его дальнейшего развития - эмоционального, личностного, социального и интеллектуального. Поэтому так важно, чтобы ребенок прошел его благополучно: не торопясь, не перескакивая через необходимые ступени развития. Для этого нужно, чтобы взрослый понимал логику его аффективного развития, возможность и уместность движения к усложнению взаимодействий. Ритм и темп этого движения зависят от индивидуальных особенностей ребенка, но существуют некоторые закономерные и обязательные этапы, прохождение которых отмечает истинный эмоциональный возраст ребенка. Но каждый этап вносит свой необходимый вклад в становление сложной системы аффективной организации мироощущения и поведения ребенка. Своевременно возникающие трудности как раз и являются показателем нормальной динамики развития. Проблема состоит скорее в реакции взрослого на происходящее – его готовности помочь ребенку освоить новые возможности и предложить для этого те средства, которые соответствуют его реальному эмоциональному возрасту. Каждый такой выход из кризиса становится толчком для дальнейшего развития. Внимательное совместное прохождение раннего периода развития позволяет ребенку максимально выявить индивидуальную жизненную манеру и помочь ему сформировать удобные для него формы социальной адаптации, обеспечить ему запас активности и прочности, возможности восстанавливаться после неизбежных стрессов. В настоящее время, помощь больным с аутизмом осуществляется преимущественно в больницах, пребывание в которых длительные сроки ведет к социальной депривации, тогда как организация специализированной лечебно-коррекционной реабилитации может привести к социальному приспособлению более трети детей с РДА. Эти виды помощи создают условия и для возможности принимать участие в общественно полезном труде и родителям детей аутистов. Описанные выше формы помощи являются и более экономичными, гуманными и лежат в основе профилактики (вторичного характера) форм психического недоразвития у детей аутистов.

7. Список литературы:

1. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г.: Психиатрия. Национальное руководство, 2020.
2. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием: младший дошкольный возраст. Альманах института коррекционной педагогики РАО. – 2001, № 4.
3. Баенская Е.Р., Никольская О.С., Лилинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: – Центр традиционного и современного образования "Теревинф". – 1997.
4. Воронков Б.В., Рубина Л.П., Макаров И.В. Детский аутизм и смысловая наполненность термина «расстройства аутистического спектра». Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2017 год.
5. Лимблинг М. М. Десять аргументов против АВА — терапии / М. М. Лимблинг // Дефектология. — 2014 — № 2.- С.1-10.
6. Менделевич В.Д. Психиатрия: учебник/ В.Д. Менделевич, Е.Г. Менделевич - Ростов н/Д: Феникс, 2018.
7. Москаленко А.А. Нарушение психического развития детей – ранний детский аутизм. // Дефектология. – 1998, № 2. с. 89-92 .
8. Плаксунова Э. В. Стимуляция и развитие движений у детей с расстройствами аутистического спектра. М., 2011.- С.11-21.
9. Симашкова Н.В., Ключник Т.П., Коваль-Зайцев А.А., Якупова Л.П. Клинико-биологические подходы к диагностике детского аутизма и детской шизофрении // Аутизм и нарушения развития. 2016 г.
10. Симашкова Н.В., Ключник Т.П. Расстройства аутистического спектра. В кн.: Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра, 2016 год.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО
Рецензия зав. кафедрой, д.м.н. Березовской М.А.
на реферат ординатора 2 года обучения по специальности Психиатрия
Трифоновой В.В.

Тема реферата Ранний детский аутизм

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1	Структурированность	+
2	Актуальность	+
3	Соответствие текста реферата его теме	+
4	Владение терминологией	+
5	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6	Логичность доказательной базы	+
7	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8	Источники литературы (не старше 5 лет)	10/5
9	Наличие общего вывода по теме	+
10	Итоговая оценка (по пятибалльной шкале)	5 (отлично)

Дата "22" марта 2021 год

Подпись рецензента

Березовская М.А.

Подпись ординатора

Трифопова В.В.