### Лекция 4

### Общая клинико-психологическая характеристика детского аутизма

**План**

1. Определение термина «детский аутизм».

2. Этапы формирования аутистического расстройства как

нозоологической единицы.

3. Этиологические факторы детского аутизма.

4. Клинико-психологические и психологические теории и концепции

детского аутизма.

5. Классификации детского аутизма.

**Ключевые слова*:***детский аутизм, причины, теории, классификация.

**Детский аутизм** – тяжелая аномалия психического развити*я* с неравномерным формированием психических функций, своеобразными эмоциональными, поведенческими, речевыми и интеллектуальными расстройствами. Детский аутизм характеризуется нарушением контакта с окружающими, эмоциональной холодностью, стереотипностью поведения, перверсией интересов.

Обычно выделяют три области, в которых аутизм проявляется наиболее ярко:

* речь и коммуникация;
* социальное взаимодействие;
* эмоциональная сфера.

Эта болезнь поражает не только психические функции: речь, интеллект, мышление, но и отображается на восприятии ребенком целостной картины мира. Основная проблема аутизма заключается в непонимании восприятия событий, происходящих вокруг. Аутичный ребенок может быть и высокоинтеллектуальным и умственно отсталым, может быть одаренным в какой-то области (музыка, математика), но при этом не иметь простейших бытовых и социальных навыков. Один и тот же ребенок в разных ситуациях может быть неуклюжим, а может демонстрировать удивительную моторную ловкость.

Детский аутизм – медицинский диагноз, который ставит психоневролог. Один из определяющих признаков аутизма – появление симптомов заболевания до 2,5 лет, т.е. в первые 30 месяцев жизни ребенка.

Термин аутичность (аутизм) происходит от греч. *аutos* – сам. Его ввел в 1912 году швейцарский психиатр и психолог Эйген Блейлер для обозначения особого вида мышления, которое регулируется эмоциональными потребностями и не зависит от реальной действительности.

Как клиническая нозологическая единица аутизм признается специалистами большинства стран. По данным психиатров Германии, США, Японии частота встречаемости аутизма исчисляется от 4 до 10 на 10000 детского населения. Соотношение мальчиков и девочек 4-5:1.

Формирование аутистического расстройства как клинической нозологической единицы прошло четыре этапа:

1. **Донозоологический** (кон. Х1Х – нач. ХХ вв.). Описываются отдельные случаи аутизма, для которых было характерно стремление детей к одиночеству и уходу к одиночеству.

2. **Доканнеровский** (20-40 гг. ХХ ст.). В этот период аутизм рассматривается как проявление шизоидии.

3. **Каннеровский** (1943-1979 гг.) ознаменован выходом в свет кардинальных работ по аутизму, как самого Leo Kanner (1943) так и H.Asperger (1944), а позднее и других специалистов. В своей первой работе американский детский психиатр Leo Kanner охарактеризовал ранний детский аутизм (РДА) как особое состояние с нарушениями общения, речи, моторики, которое он отнес к состояниям так называемого «шизоидного» спектра.

В последующие годы РДА рассматривался как особое конституциональное состояние (B.Rimland, 1964; В.М.Башина, 1975 и др.), как аутистическое состояние после приступа шизофрении (М.Ш.Вроно, В.М.Башина, 1975).

Arm van Krevelen (1952), С.С.Мнухин и соавт. (1967) выдвинули концепцию органического происхождения РДА. M.Mahler (1952), J.Nissen (1971), M.Rutter (1982) и др. отстаивали полиэтиологичность РДА, связывая его происхождение с органическими, реактивными причинами, последствиями нарушения симбиоза между матерью и ребенком.

В эти же годы были выявлены аутистические симптомы у больных с фенилпировиноградной олигофренией, при Х – ломкой хромосоме, синдроме Ретта и др.

4. **Послеканнеровский** (80-90 гг. ХХ ст.) характеризуется отходом от позиций самого L.Kanner во взглядах на РДА. РДА стал рассматриваться как синдром, имеющий разное происхождение.

По мнению большинства современных авторов, детский аутизм представляет собой как самостоятельное психическое заболевание (синдромы Каннера, Аспергера), так и группу сходных синдромов разного происхождения. Несмотря на наличие определенных различий, разграничение их весьма условно. Более четко очерченными являются варианты, получившие названия синдромов Каннера и Аспергера.

**Этиология (причины) детского аутизма**

Факторы, способствующие возникновению раннего аутизма:

* Органическое поражение корковых и подкорковых структур головного мозга, в т.ч. аутоиммунного характера, которое происходит во внутриутробном периоде, во время родов и после рождения (раннем детстве). Установлено, что при поражении вирусом кори в организме ребенка вырабатываются антитела не только к вирусам кори, но и к собственным тканям мозга (аутоантитела): к МБР – основному белку миелиновой оболочки и HAFP – белку, входящему в состав нервного волокна (В.К.Сингх).
* Наследственно-генные (нарушения обмена веществ) и наследственно-хромосомные аномалии (ломкая Х–хромосома). Американские ученые идентифицировали генную мутацию, локализованную в гене НОХА-1, способствующую возникновению аутизма.
* Наследственный (конституциональный) аутизм.
* Аутистическое расстройство в рамках шизофрении (79%, В.М.Башина).
* Психогенные причины: аутичные дети пережили и не преодолели стресс в возрасте от 7 до 11 месяцев, эмоциональная депрессия в раннем детстве.
* Причины неуточненного генеза (прививки, неблагоприятная экологическая обстановка).

**Клинико-психологические и психологические теории и концепции детского аутизма**

В настоящее время существует множество клинико-психологических и психологических концепций, пытающихся объяснить природу аутизма.

Клинико-психологические подходы аутистического расстройства базируются на:

1. врожденной тревожности (Schess)
2. недостаточности интуиции, не способности понимания других людей (A.D.Krevelen).

Нейропсихологические гипотезы объясняют возникновение аутистического расстройства с нарушением корковых функций преимущественно левого полушария, где локализуются речевые зоны и гипоактивностью правого полушария головного мозга, осуществляющего переработку образной и символической информации, что приводит к оторванности, изолированности символов.

В.Е.Коган высказал предположение о нарушении лобнолимбических функциональных связей в возникновении аутистического расстройства – системы организации и планирования поведения.

Согласно нейрохимическим концепциям патогенеза аутизма указывается на вероятность обменных нарушений в сруктурах нейротрансмиттеров и функционировании медиаторных систем мозга. J.Lebord, основываясь на результатах обследования аутичных детей методом позитронной томографии, показал, что развитие аутизма может быть обусловлено гиперчувствительностью дофаминовых рецепторов и нарушением дофаминового обмена.

С.С.Мнухин считает, что при аутистическом расстройстве имеется снижение психической активности (витального тонуса), обусловленной нарушением определенных психофизиологических механизмов базального (подкоркового уровня) головного мозга, обеспечивающих тоническую основу функций – уровень бодрствования. В норме психическая активность развивается следующим образом: действие стимула способствует мобилизации и поддержанию активности.

При аутизме отсутствует реакция на стимул. Отсутствие приспособительной мобилизации приводит к быстрому истощению. При аутизме психическая активность выглядит так:

стимул ----- всплеск активности ----- короткая фаза ----- истощение.

Резкий стимул ведет к перевозбуждению и истощению вследствие недостаточности витального тонуса. Это приводит к нарушению концентрации внимания, быстрой истощаемости.

Подкорка тесно связана с корой. В этой связи дефицит психической активности проявляется в слабости моторного тонуса (дефект моторики и нарушение программы движений).

Аутостимуляция (прыжки, раскачивание, кружение, похлопывание, речевые стереотипы) помогают ребенку с аутистичным расстройством повысить психический тонус и избирательно стимулировать положительные эмоции. При многократном повторении движений ребенок получает удовольствие.

По мнению B.Rimland при аутизме нарушен процесс бодрствования вследствие поражения подкоркового уровня.

Орниц и Бендер считают, что при аутизме нарушено восприятие вследствие первичной патологии вестибулярного аппарата.

R.Lempp придает ведущее значение центральному нарушению переработки слуховых впечатлений, что приводит к информационной блокаде и вторичным нарушениям развития: речи, интеллектуальных и эмоциональных функций.

**Психологические концепции аутистического расстройства** можно в целом разделить на две группы.

1. **Проявления аутизма –** **это эмоциональные нарушения**.

Наиболее последовательной и детально разработанной концепцией, относящейся к первой группе, считается теория О.С.Никольской, Е.Р.Баенской, М.М.Либлинг [113]. Согласно этой концепции наличие первичного дефекта приводит к вторичным нарушениям:

* нарушению возможности активно взаимодействовать со средой, что проявляется в сниженном жизненном тонусе;
* снижению порога аффективного дискомфорта в контактах с миром, проявляющегося в болезненных реакциях на обычные раздражители и повышенной ранимости при контактах с другим человеком. Эти вторичные нарушения действуют в одном направлении: препятствуют развитию активного взаимодействия со средой и создают предпосылки для усиления самозащиты. Аутизм, по мнению авторов, развивается не только потому, что ребенок раним и мало вынослив в эмоциональном отношении, но многие проявления аутизма интерпретируются как результат включения защитных и компенсаторных механизмов, позволяющих ребенку устанавливать относительно стабильные, хотя и патологические взаимоотношения с миром.

R.P.Hobson [182] ведущую роль в развитии аутизма также отводит эмоциональным нарушениям. По его мнению аутизм характеризуется врожденным отсутствием способности воспринимать и отвечать на эмоциональные проявления окружающих. По этой причине аутичный ребенок в раннем детстве не получает необходимого социального опыта, что, в свою очередь, приводит к неполноценности когнитивных структур.

2. **Аутизм – аффективное расстройство.** Автором этой теории является R.P.Hobson [182]. Он рассматривает аутизм преимущественно как аффективное расстройство, следствием которого является дефект когнитивных функций с нарушением межличностных отношений.

Утверждается, что для аутизма типично врожденное отсутствие способности воспринимать и отвечать на аффективную экспрессию других. Это подтверждается результатами экспериментальных исследований, направленных на изучение способности оценивать эмоциональное выражение лиц. В связи с таким дефицитом ребенок с аутизмом не получает необходимого социального опыта в период раннего детства, что приводит к неполноценности когнитивных структур, необходимых для нормального общения.

Рассмотренные выше концепции аутизма, в качестве основной причины нарушений развития видят эмоциональные расстройства, независимо от того, являются ли они первичными или производными от когнитивного дефицита. Согласно другим теориям, нарушение именно когнитивной сферы и есть источник отключений при аутизме.

U.Frith ведущую роль в развитии аутизма отводит нарушениям когнитивной сферы. По его экспериментальным данным аутизм проявляется в виде специфических способностей, которые возникают из-за «разбалансировки» в системе интегративной информации, не позволяющей свести разрозненную информацию в единую картину. Например, аутичные дети с трудом справляются с текстами на запоминание предложений, но без каких-либо особых усилий запоминают не связанные по смыслу слова, воспроизводят бессмысленные звукосочетания. Они не могут классифицировать лица по эмоциональному выражению, но легко классифицируют лица по второстепенным признакам. Аутичные дети не узнают правильно ориентированные изображения и узнают перевернутые изображения.

С позиции психоанализа аутизм рассматривается как следствие «эмоциональной холодности родителей» и, прежде всего, матери. Симбиоз мать-младенец считается необходимым условием нормального психического развития. При его отсутствии формируется источник «деструктивных переживаний», которые в конечном итоге приводят к «столь глубокому психическому нарушению, как аутизм» (М.Малер, Б.Беттельлейн).

В настоящее время исключительную популярность приобрела теория аутизма, получившая название «The theory of mind» - теория намерений (S.Baron-Cohen, A.Leslie, U.Frith). Авторы этой теории утверждают, что триада поведенческих нарушений при аутизме (эмоциональные, коммуникативные и социальные проблемы) обусловлена повреждением фундаментальной человеческой способности, понимать намерения других людей («mind-read»). Здоровые дети приблизительно в возрасте 4 лет начинают понимать, что люди имеют убеждения и желания («ментальные состояния»), и что именно они детерминируют в поведении. По мнению авторов, у лиц с аутизмом эта способность отсутствует, что приводит к нарушению развития воображения и формирования коммуникативных и социальных навыков.

Теория намерений («The theory of mind») [181] означает быть способным приписывать независимые ментальные состояния себе и другим. Именно такая способность позволяет объяснять и прогнозировать поведение. Предполагается, что существует некоторый врожденный когнитивный механизм, обеспечивающий формирование особого типа представлений, а именно представлений о ментальных состояниях.

Авторами разработаны специальные тесты. По результатам тестирования большинство аутичных детей не способны составить представление о «ментальных состояниях» других людей: их желания, намерения.

Таким образом, основными дефектами аутистического расстройства являются:

* дефицит психической активности;
* нарушение инстинктивно-аффективной сферы;
* нарушение сенсорики;
* двигательные нарушения;
* нарушение речи;
* недостаточность регуляторных систем.

Несомненно, создание теории аутизма представляет большие трудности. Это связано, прежде всего, с тем, что аутистическое расстройство включает в себя спектр симптомов, отражающих и дефицит, и особые способности. Аутистические расстройства возникают в результате нарушения взаимодействия коры с подкорковыми структурами головного мозга, гипофункции одних и гиперфункции других цитоархитектонических областей и полей коры больших полушарий головного мозга.

**Классификация детского аутизма**

Диагностика аутизма нашла отражение в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1994) и American Psychiatric Association-DSM-IY (1996).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) детский аутизм рассматривается в рубрике «Общие расстройства развития-F84». В рубрику F84 включены:

* Детский аутизм (F84.0) – классический вариант, синдром Каннера.
* Атипичный аутизм (F84.1).
* Синдром Ретта (F84.2).
* Синдром Аспергера (F84.5) – аутистическая психопатия.

Детский аутизм или синдром Каннера и синдром Аспергера или аутистические расстройства личности рассматриваются как самостоятельные расстройства психического развития, характеризующиеся поведенческими нарушениями и являющиеся психопатологическими синдромами.

Согласно МКБ-10-го пересмотра детский аутизм (синдром Каннера-F84.0) – это:

*А.* Аномальное или нарушенное развитие проявляется в возрасте до 3 лет по меньшей мере в одной из следующих сфер:

* 1. рецептивная или экспрессивная речь, используемая при социальном общении;
  2. развитие селективных социальных привязанностей или реципрокного социального взаимодействия;
  3. функциональная или символическая игра.

*Б.* Должны присутствовать в общей сложности минимум 6 симптомов из 1), 2), и 3), причем, по меньшей мере, два из перечня 1) и по меньшей мере по одному из перечней 2) и 3):

1) Качественные нарушения реципрокного социального взаимодействия проявляются минимум в одной из следующих областей:

а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию и позы тела;

б) неспособность к установлению (в соответствии с психическим возрастом и вопреки имеющимся возможностям) взаимосвязей со сверстниками, что включало бы общие интересы, деятельность и эмоции;

в) отсутствие социо-эмоциональной взаимности, что проявляется нарушенной или девиантной реакцией на эмоции других людей и (или) отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией, а также (или) слабость интеграции социального, эмоционального и коммуникативного поведения;

г) отсутствие спонтанного поиска разделяемой радости, общих интересов или достижений с другими людьми (например, ребенок не показывает другим людям интересующие его предметы и не привлекает к ним их внимание).

2) Качественные аномалии в общении проявляются минимум в одной из следующих областей:

а) задержка или полное отсутствие разговорной речи, что не сопровождается попыткой компенсировать этот недостаток жестикуляцией и мимикой (часто предшествует отсутствие коммуникативного гуления);

б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития), требующую коммуникативной взаимности с другим лицом;

в) повторяющаяся и стереотипная речь и (или) идиосинкратическое использование слов и выражений;

г) отсутствие спонтанных разнообразных спонтанных ролевых игр или (в более раннем возрасте) подражательных игр.

3) Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведения, интересы и активность, что проявляется минимум в одной из следующих областей:

а) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами, которые аномальны по содержанию или направленности; или интересами, которые аномальны по своей интенсивности и ограниченной природе, хотя не по содержанию или направленности;

б) внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;

в) стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы, которые включают прихлопывания или выкручивания пальцев или кистей рук, или более сложные движения всего тела;

г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

*В*. Клиническая картина не может быть объяснена другими видами общего нарушения развития: специфическим нарушением развития рецептивной речи (F80.2) с вторичными социо-эмоциональными проблемами; реактивным расстройством привязанности детского возраста (F94.1) или дезингибированным расстройством привязанности в детском возрасте (F94.2), умственной отсталостью (F70- F72), комбинирующейся с некоторыми эмоциональными и поведенческими расстройствами, шизофренией (F20) с необычно ранним началом и синдромом Ретта (F84.2).

Аутистическое расстройство согласно, DSM-IY, характеризуется следующими нарушениями:

* социального взаимодействия;
* использования вербального и невербального поведения;
* игрового поведения.

Для его диагностики необходимо, чтобы, по крайней мере, в одной из перечисленных областей до конца третьего года жизни наблюдались отклонения от нормы.

Характерные отклонения от нормы у детей с аутистическим расстройством:

* нарушения при использовании невербальных способов общения (например, зрительного контакта, выражения лица);
* отсутствие речи или характерные речевые нарушения (например, эхолалия);
* неспособность формировать отношения со сверстниками;
* недостаточное осознание существования других лиц и их чувств;
* отсутствие интереса показывать что-либо другим людям или делиться с ними своим успехом;
* отсутствие или нарушение имитационного поведения;
* отклоняющиеся, стереотипное, без фантазии игровое поведение;
* упорные, зачастую нефункциональные занятия с отдельными деталями или предметами (например, их обнюхивание, ощупывание, верчение в руках);
* стереотипные движения тела.

Таким образом, выделяют три основные области, в которых аутизм проявляется особенно ярко:

* речь и коммуникация;
* социальное взаимодействие;
* воображение, эмоциональная сфера.

Несмотря на общность нарушений в психической сфере, аутистичность проявляется в разных формах.

О.С.Никольская, Е.Р.Баенская, М.М.Либлинг [114] в классификации аутичных детей, выделяют четыре основных формы проявления аутистичности:

1. **Полная отрешенность от происходящего**. Для этой формы характерен наибольший дискомфорт и нарушение активности, полный отказ от активных контактов с внешним миром, полная отрешенность от происходящего вокруг. Такие дети не откликаются на просьбы и ничего не просят сами, они не используют речь, мимику, жесты, у них не формируется целенаправленное поведение.
2. **Активное отвержение** – характерно неприятие большей части мира. Для таких детей важно строгое соблюдение, сложившегося жесткого жизненного стереотипа, определенных ритуалов. Их должна окружать привычная обстановка. Наиболее остро проблемы проявляются с возрастом, когда необходимо выйти за границы домашней жизни, общаться с новыми людьми. У детей данной группы наблюдается множество двигательных стереотипов. Они могут пользоваться речью, однако их речевое развитие специфично: усваивают, прежде всего, речевые штампы, жестко связывая их с конкретной ситуацией, характерен рубленный телеграфный стиль.
3. **Захваченность аутистическими интересами.** Для этой формы характерна конфликтность, неумение учитывать интересы другого, поглощенность одними и теми же занятиями и интересами. Дети этой группы обладают большим словарным запасом «речевые дети», говорят сложными «книжными» фразами, их речь производит неестественно взрослое впечатление; несмотря на интеллектуальную одаренность, у них нарушено мышление, они не чувствуют подтекста ситуации, им трудно воспринять одновременно несколько смысловых линий в происходящем.
4. **Чрезвычайная трудность организации общения и взаимодействия**. Для этой формы характерна недостаточность возможностей и организации взаимодействия с другими людьми.

У детей этой группы отмечаются трудности в усвоении двигательных навыков, их речь бедна и грамматична, они могут теряться в простейших социальных ситуациях. Это наиболее легкий вариант аутизма.

Атипичный аутизм (F84.1) может быть как по возрасту начала (F84.10), так и по феноменологии (по симптоматике), (F84.11). Под шифром F84.12 аутизм может быть атипичным как по возрасту начала, так и по симптоматике.

**Аутизм при синдроме Ретта (F84.2).**

Для синдрома Ретта характерно:

*А.* Пренатальный и перинатальный периоды без видимой патологии и психомоторное развитие в первые 5 месяцев без видимой патологии и нормальная окружность головы при рождении.

*Б.* Задержка роста головы между 5 месяцами и 4 годами и потеря приобретенных целенаправленных ручных навыков в возрасте от 5 до 30 месяцев, что связано с одновременной дисфункцией общения и нарушенным социальным взаимодействием и появлением плохой координации (нестабильности) походки и (или) движений туловища.

*В.* Развитие тяжелых нарушений экспрессивной и рецептивной речи с выраженной психомоторной задержкой.

*Г.* Стереотипные движения руками (такие как сжатие или вытирание рук) одновременно с потерей целенаправленных движений руками или после этого.

**Контрольные вопросы**

1. Дайте определение термина «детский аутизм».
2. Сколько этапов и какие прошло формирование аутистического расстройства как нозологической единицы?
3. Какие факторы способствуют возникновению детского аутизма?
4. Назовите основные теории и концепции аутизма.
5. Назовите классификации детского аутизма.
6. Дайте клинико-психологическую характеристику аутизма согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).