

**Тема: Общая характеристика расстройств аутистического спектра  
(РАС)**

**Термины.**

**(РАС)** -Расстройства аутистического спектра.

**Аути́зм** — расстройство, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями.

**Коммуникация** - Само слово «коммуникация» происходит от латинского «communicatio», которое означает «сообщение, связь». В лингвистическом словаре данный термин определяется как передача содержания высказывания посредством языка.

Расстройства аутистического спектра (РАС) - это разнородная группа нарушений развития, для которой свойственен, прежде всего, неизменный дефицит в многообразных аспектах социального взаимодействия, таких как вербальная и невербальная коммуникация, эмпатия, эмоциональное развитие и трудности в понимании социального подтекста. Людям с РАС присущи также стереотипное поведение, привязанность к ритуалам и односторонние акцентированные интересы.

Категория детей с РАС изучалась отечественными и зарубежными исследователями (В. М. Башиной, С. А. Морозовым, Л. Каннер, М. Раттер и др.). Термин РАС является наиболее общим для категории детей с аутистическим дизонтогенезом и объединяет в себе как классические варианты аутизма, так и более лёгкие аутистические нарушения. В настоящее время создано множество подходов к проблеме РАС. В. В. Ковалев (1985) выделяет

две основные формы раннего детского аутизма - процессуальный (шизофренический) и не процессуальный.

По современной классификации психических расстройств DSM-V, к аутистическому спектру относят:

- аутизм (синдром Каннера);
- синдром Аспергера;
- детское дезинтегративное расстройство;
- синдром Ретта.

**Синдром Каннера** описан американским психиатром L. Kanner еще в 1943 году и включает в себя изменения поведения у детей раннего возраста (начиная с 1-2 лет), чаще встречается у мальчиков. К изменениям относятся: равнодушие к окружающему, утрата контакта с родителями; отсутствие адекватных эмоциональных реакций смеха; нередко стереотипные ритмические движения (покачивания головы или всего тела); избегание «глазного контакта» (ребенок никогда не смотрит на собеседника) и др..

**Синдром Аспергера** получил название в честь австрийского психиатра и педиатра Ганса Аспергера (Hans Asperger), который в 1944 году описал детей, отличавшихся отсутствием способностей к невербальной коммуникации, ограниченной эмпатии по отношению к сверстникам и физической неловкостью. Сам Аспергер использовал термин «аутистическая психопатия». К нему он относил вид психического нарушения, характеризующийся социальной отчужденностью, потерей интереса к другим людям, высокопарным и педантичным стилем речи, а также преобладанием узкоспециализированного интереса (например, к расписаниям). Часто считается проявлением слабой формы аутизма.

Термин «Синдром Аспергера» был предложен английским психиатром Лорной Уинг (Lorna Wing) в публикации 1981 г. Современная концепция синдрома появилась в 1981 году и, после периода популяризации, в начале 1990-х были выработаны диагностические стандарты.

Болезнь характеризуется тем же типом качественных нарушений взаимного социального взаимодействия, как и при аутизме, и ограниченным, стереотипным, повторяющимся репертуаром интересов и действий. Отличается от аутизма тем фактом, что нет общей задержки или отставания в речи и в когнитивном развитии. Часто ассоциируется с выраженной неуклюжестью. Нарушения имеют ярко выраженную тенденцию сохраняться в подростковом и взрослом возрасте. Эпизоды психотического характера встречаются в ранней взрослой жизни.

**Детское дезинтегративное расстройство** возникает у детей после первых двух лет нормального развития. Для него характерны: резкая утрата прежде усвоенных навыков в таких сферах, как речь, социальные навыки, контроль функций кишечника или мочевого пузыря; нарушается также сенсорно-двигательная координация. В следствии чего развивается глубокое и необратимое слабоумие. Природа заболевания не установлена, эффективного лечения методов профилактики заболевания не существует и по сей день.

Проблемой является различие этого расстройства с аутизмом, хотя у данного заболевания худший прогноз.

**Синдром Ретта** – это психоневрологическое наследственное заболевание, встречается почти исключительно у девочек с частотой 1:10000 - 1:15000, является причиной тяжёлой умственной отсталости у девочек.

Несмотря на распространенную версию о том, что впервые синдром был описан в 1966 году, обнаружен он был в 1954 году, а всемирное признание, как отдельное заболевание, получил в 1983 году.

В 1954 году Андреас Ретт обследовал двух девочек, у которых отметил, кроме регресса психического развития, особые стереотипные движения в виде «сжимания рук», напоминающие «мытье рук». В своих записях он отыскал несколько подобных случаев, что натолкнуло его на мысль об уникальности заболевания. Отсняв на видеопленку своих пациенток, доктор Ретт отправился по всей Европе в поисках детей с похожими симптомами. В 1966 в Австрии он опубликовал свои исследования в паре немецких журналов, но они не получили

всемирной огласки, даже после публикации на английском языке в 1977 году. Лишь в 1983 году, после публикации шведского исследователя Доктора Вена Хагберга и его коллег, заболевание было выделено в отдельную нозологическую единицу и названо в честь своего первооткрывателя «синдромом Ретта».

**Неспецифическое первазивное нарушение развития (или атипичный аутизм)** включает одно из трех расстройств аутистического спектра и пяти первазивных расстройств развития. Неспецифическое первазивное расстройство развития является глубоким нарушением социального взаимодействия или вербальной и невербальной коммуникации либо диагностируется, если ограниченное поведение, интересы и занятия не соответствуют критериям специфических первазивных и других расстройств. Часто неспецифическое первазивное расстройство развития называется атипичным аутизмом, поскольку не соответствует критериям аутистического расстройства - к примеру, проявляется позже, иначе, или менее выражено, или имеют место все три критерия вместе взятые. Нередко неспецифическое первазивное расстройство развития считают легче классического аутизма, что не очень правильно. Некоторые характеристики легче, а некоторые, наоборот, тяжелее.

**Тип общего расстройства развития, который отличается от детского аутизма (F84.0x)** либо возрастом начала, либо же отсутствием хотя бы одного из трех диагностических критериев. Так, тот или иной признак аномального или нарушенного развития впервые проявляется только в возрасте после 3-х лет; или здесь отсутствуют достаточно отчетливые нарушения в одной/двух из трех психопатологических сфер, необходимые для диагноза аутизма (а именно, нарушения социального взаимодействия, общения и ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение) вопреки характерным аномалиям в другой сфере(ах). Атипичный аутизм наиболее часто возникает у детей с глубокой умственной отсталостью, у которых очень низкий уровень функционирования обеспечивает небольшой простор для проявления специфического отклоняющегося поведения, которое требуется для диагноза

аутизм; он также встречается у лиц с тяжелым специфическим расстройством развития рецептивной речи. Атипичный аутизм, таким образом, представляет собой состояние, значительно отличающееся от аутизма.

Психопатологические особенности детей и подростков с РАС обусловлены болезненными переживаниями ребенка, которые проявляются в патологических фантазиях, в бредовых образованиях. В связи с этим их поведение отличается выраженной причудливостью, вычурностью, диссоциированностью. В. М. Башина обратила внимание на особый тип задержки развития, в основе которого лежит асинхрония развития. Это проявляется в нарушении иерархии психического, речевого, моторного, эмоционального созревания ребенка. Автор отмечает вариантность аутистических проявлений, от легких до тяжелых, и подчеркивала, что это наблюдалось не только при синдроме Каннера, но и при других вариантах нарушения – в частности, при аутизме процессуального шизофренического происхождения. Автор подчеркивала, что асинхрония в развитии является важным отличительным признаком Каннеровского синдрома, в отличие от других видов нарушенного развития с симптомами аутизма иного происхождения.

Одним из наиболее важных показателей развития детей и подростков с РАС является несформированность коммуникативных навыков.

Как известно, коммуникативные способности являются производными от структуры общих способностей, и рассматриваются в общей психологии, возрастной психологии, педагогической психологии, инженерной психологии, психологии труда и психолингвистике (И.Р. Алтунина, А.А. Бодалев, Г.С. Васильев, Э.А. Голубева, В.А. Кольцова, А.А. Кидрон, К.К. Платонова Б. М. Теплов). Ученые считают, что коммуникативные способности человека – это устойчивая совокупность индивидуально-психологических особенностей человека, существующая на основе коммуникативных задатков и определяющая успешность овладения коммуникативной деятельностью.

Детей с РАС характеризуют трудности понимания других людей (нарушения гностического компонента коммуникативных способностей); трудности адекватного самовыражения и передачи информации (нарушения экспрессивного компонента); затруднения в процессе поддержания взаимодействия и обмена информацией (нарушения итерационного компонента коммуникативных способностей). Также нарушенными являются такие вспомогательные компоненты коммуникативных способностей, как общительность (недостаточная потребность в общении). Детям трудно понять чувства другого человека, следовательно, проявить сочувствие, социально-психологическая адаптация (недостаточное понимание взаимосвязей окружающего мира и быстрая истощаемость обуславливают нарушения поведения в различных социальных ситуациях), развитие речи (все дошкольники с РАС имеют нарушения грамматического строя речи).

Таким образом, анализ литературы позволяет сделать следующие выводы:

- расстройства аутистического спектра в течение многих лет исследуются в отечественной и зарубежной литературе;
- исследователи выделили варианты атипичного развития детей и подростков с расстройствами аутистического спектра, представили их подробную характеристику;
- эти данные позволяют разработать систему коррекционно-педагогических мероприятий.

## **Литература:**

- 1 Бардышевская, М. К. Невербальная коммуникация у детей с нарушениями общения и эмоциональной депривацией // Вопросы психологии. — 2010. — № 6. — С. 33–42.
- 2 Богдашина, О. Аутизм: определение и диагностика [Электронный ресурс]/ Ольга Богдашина. — Донецк: Лебедь, 1999. — Режим доступа: <http://sdo.mgaps.ru/books/K3/M7/file/3.pdf>.
- 3 Бобров, А. Е. Синдром Аспергера : ретроспективный анализ динамики состояния больных [Текст] / А. Е. Бобров, В. М. Сомова // Доктор.ру. - 2011. - № 4 (63). - С. 47-51
- 4 Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 2 : Проблемы общей психологии / Под. ред. В. В. Давыдова. — М.: Педагогика, 1982. — 504 с.
- 5 Детский аутизм : хрестоматия : учеб. пособие для студентов высш. и сред. пед., псих. и мед. учеб. заведений / Ин-т спец. педагогики и психологии, Междунар. ун-т семьи и ребенка им. Рауля Валленберга ; сост. Л. М. Шипицына. — 2-е изд., перераб. и доп. — СПб. : Дидактика Плюс, 2001. — 366 с.
- 6 Леонтьев, А. А. Психология общения: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — 5-е изд., стер. — М.: Смысл; Издательский центр «Академия», 2008. — 368 с.
- 7 Лисина, М.И. Формирование личности в общении / М.И. Лисина. — СПб.: Питер, 2009. — 320с
- 8 Комплексный клинико-генетический подход к диагностике синдрома Ретта у детей [Текст] / Ю. Б. Юров [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2007. - Т. 6. № 4. - С. 38-438
- 9 Никольская, О. С. Аутичный ребенок: пути помощи [Текст] / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг ; под ред. А. Г. Яковлева. - 3-е изд. - М. : Теревинф, 2005. - 288 с.
- 10 Синдром Ретта (обзор литературы и описание клинического случая) [Текст] / К. Ю. Мухин [и др.] // Русский журнал детской неврологии. — 2010. - №2. - С. 43-52

