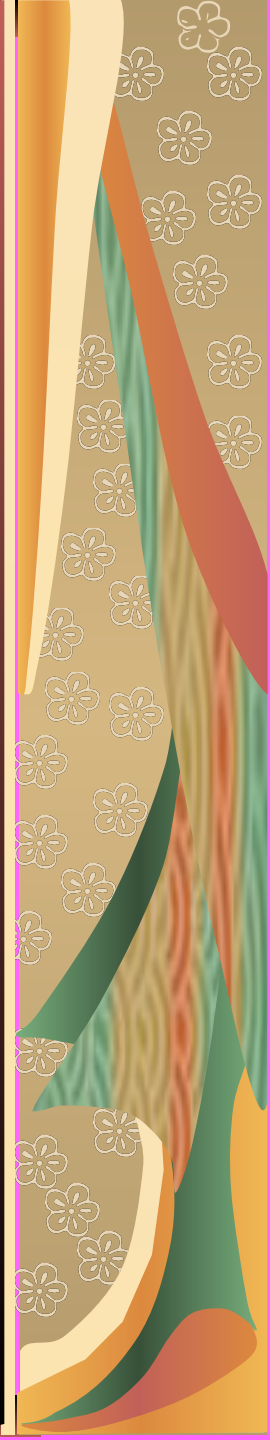


**Расстройства
аутистического
спектра (DSM-5)
или
Общие расстройства
развития (МКБ-10)**

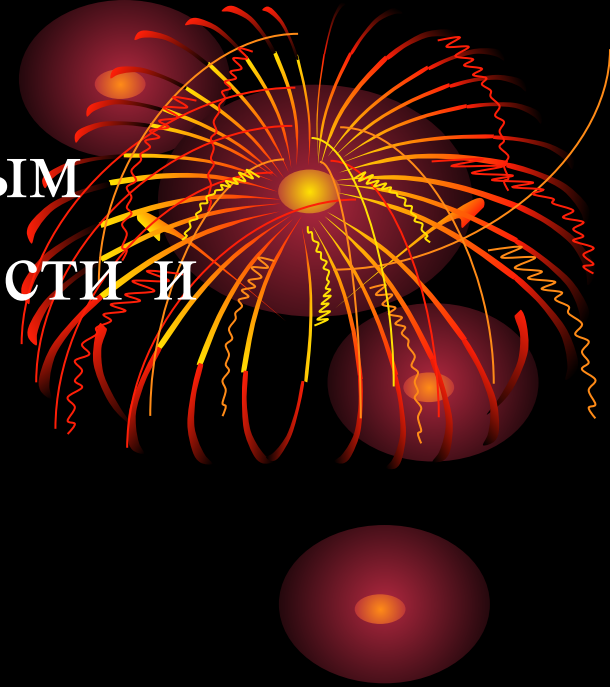
Детский участковый психиатр
ОКУ «ЛОПНБ»
Макарова Мария Николаевна



РАС – расстройства аутистического спектра это (по ДСМ-5)

спектр психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии и коммуникациях, а также жёстко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов.

Статистика РАС в США по данным Центра по контролю заболеваемости и профилактике



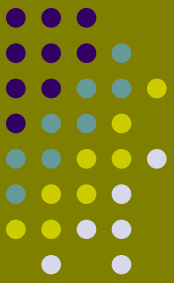
- **2007** год – **1** на **150** детей
- **2009** год – **1** на **110** детей
- **2012** год – **1** на **88** детей
- **2015** год – **1** на **68** детей

Критерии диагностики РАС

- А. Устойчивые дефициты в социальной коммуникации и социальном взаимодействии в различном контексте, проявляющиеся в настоящий момент или имеющиеся в анамнезе**
- 1. Дефициты в социально-эмоциональной взаимности; начиная, например, с аномального социального сближения и неудач с нормальным поддержанием диалога; к снижению обмена интересами, эмоциями, а также воздействию и реагированию; до неспособности инициировать или реагировать на социальные взаимодействия.**
 - 2. Дефициты в невербальном коммуникативном поведении, используемом в социальном взаимодействии; начиная, например, с плохой интегрированности вербальной и невербальной коммуникации; к аномалии зрительного контакта и языка тела или дефицитов понимания и использования невербальной коммуникации; до полного отсутствия мимики или жестов.**
 - 3. Дефициты в установлении, поддержании и понимании социальных взаимоотношений; начиная, например, с трудностей с подстройкой поведения к различным социальным контекстам; к трудности с участием в играх, в которых задействовано воображение, и с приобретением друзей; до видимого отсутствия интереса к сверстникам.**
- В. Ограниченность, повторяемость в структуре поведения, интересах или деятельности.**

США (Северная Каролина)

6 млн. жителей



- Государственная программа TEACCH
 - 6 центров диагностики
 - 6 центров консультации домашнего ухода
 - 150 классов
 - система обеспечения взрослых жильём и работой

В 2015 году в национальном институте здоровья на исследования по проблеме аутизма было потрачено 216 миллионов долларов-больше чем на ДЦП, эпилепсию и СДВГ вместе взятые. Помимо этого десятки фондов, организаций и частных лиц жертвуют огромные средства на развитие науки об аутизме.

В России всё гораздо хуже вследствие общего низкого уровня медицины и отсутствия социальной помощи. Да и общество не отличается толерантностью к больным и слабым.

Лео Каннер «Аутистические расстройства эмоционального контакта» - 1943 год



«...Мы должны предположить, что эти дети приходят в мир с врождённой неспособностью к установлению обычного аффективного контакта с людьми, подобно тому, как другие дети приходят в мир с физическими или умственными недостатками.»

Аутизм выделен в отдельное заболевание



- В **1943** году - Каннером Л.
- В **1944** году - Аспергером Г.

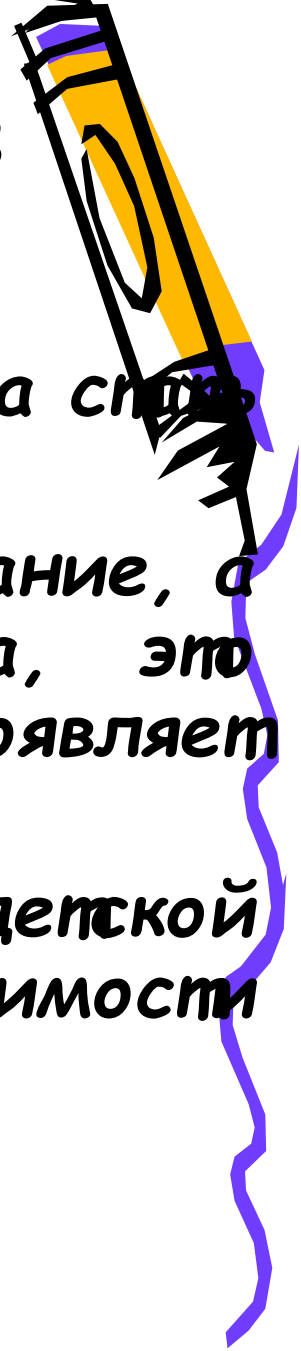
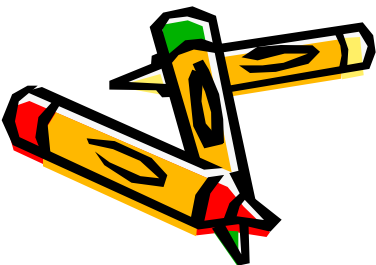


Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Берлин, 1920 год, стр.61

- «... оторванность ассоциаций от данных опыта, игнорирование действительных отношений. »

Van Kreveken. «Zur Problematik des Autismus.» 1958 год

- «...меня беспокоит перспектива аутизма стать модным диагнозом.»
- «...аутизм не самостоятельное заболевание, а симптом шизофренического психоза, это шизофрения *suigeneris* как она проявляет себя в раннем возрасте.»
- «... аутизм грозит стать в детской психиатрии мифом об исцелимости неизлечимого.»

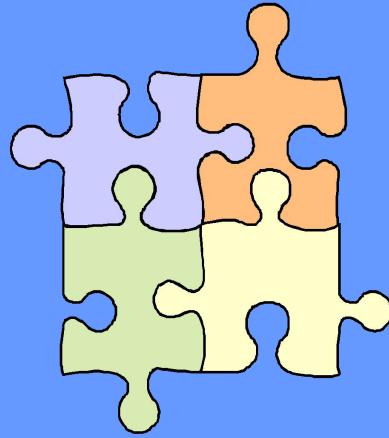


Распространённость в мире классического аутизма



- От 4 до 6 случаев на 10 тысяч детского населения
- 4-5 мальчиков : 1 девочка

Распространённость аутизма в России



- 10 случаев на 10 000 детского населения



Деонтология это

Раздел этики, совокупность
нравственных норм
профессионального поведения
работников.

Механизмы развития аутизма:

- Психологические
- Неврологические
- Биохимические
- Генетические
- Иммунные
- Нейрофизиологические

*

*

Ретикулярная формация – это комплекс нейронов ствола головного мозга.

- Оказывает активизирующее влияние на кору ГМ
 - При недостаточности РФ любое внешнее раздражение воспринимается иначе.
 - У новорождённого аутиста наблюдается ослабление безусловных рефлексов (пищевого, ориентировочного)
 - РФ имеет прямое отношение к формированию эмоций.
-

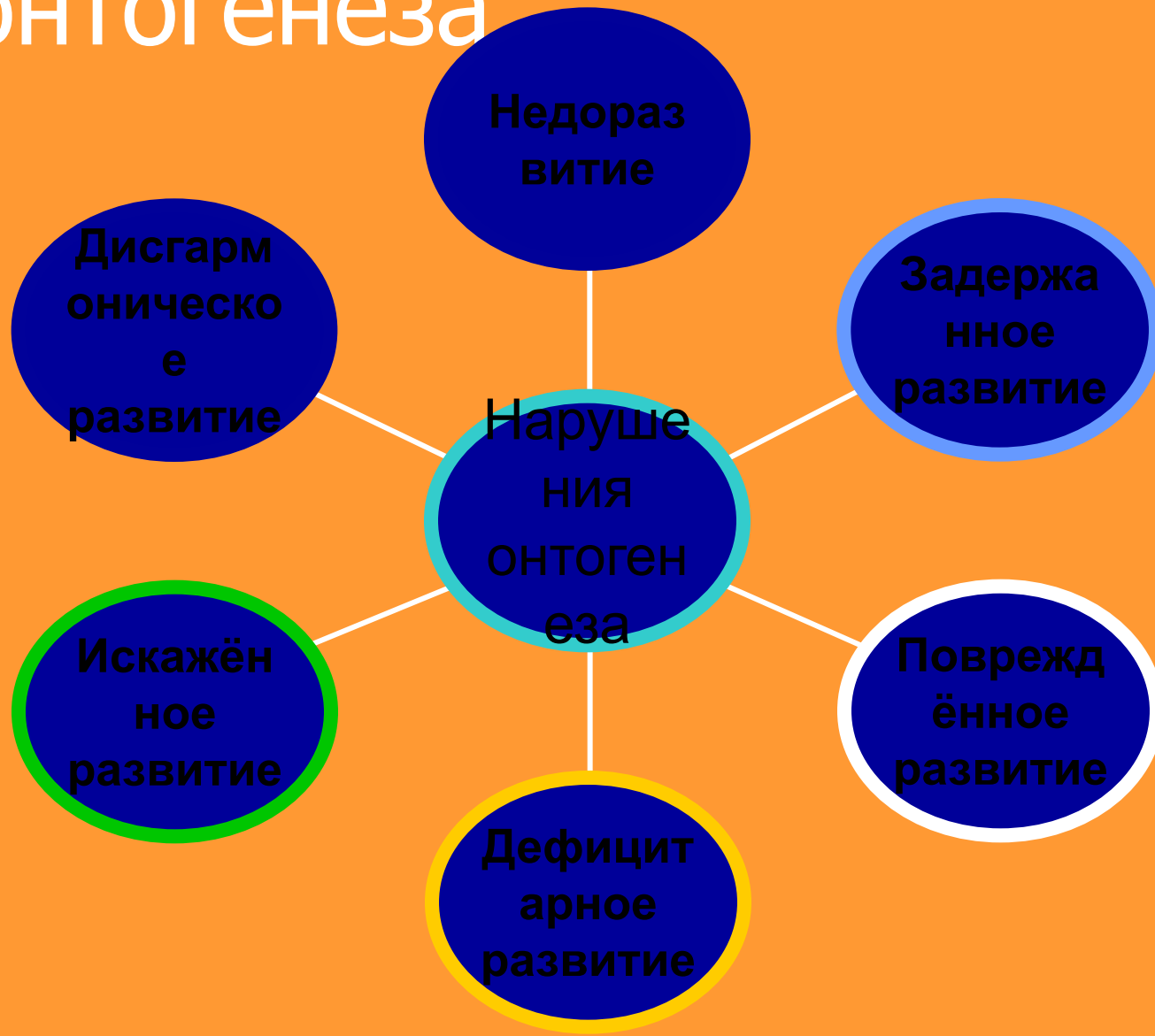
Аутизм как симптом встречается при:

- Фенилкетонурии
- Мукополисахаридозе
- Туберозном склерозе
- Тугоухости 3-4 степени
- Слепоте, афакии, миопии высокой степени
- Детских спазмах
- Врождённой краснухе

Генетический механизм

- Синдром Мартина-Бела встречается у 20 % мальчиков, страдающих детским аутизмом.
- Неурексин-1 - ген, вызывающий аутизм; находится в 11 хромосоме.

Классификация психического дизонтогенеза



Классификация РДА, 1987 год

СССР

1. Синдром РИА Каннера
2. Аутистическая психопатия Аспергера
3. Эндогенный постприступный аутизм
4. Резидуально-органический аутизм
5. Аутизм при хромосомных aberrациях
6. Аутизм при синдроме Ретта
7. Аутизм неясного генеза

Франция

1. РДА:
 - 1.1 РИА Каннера,
 - 1.2. другие типы инфантильного аутизма
2. Психозы у детей
 - 2.1. психоз ранний дефицитарный,
 - 2.2. психозы шизофренического типа,
 - 2.3. дисгармонические психозы.

МКБ-9, 1980 г.

1. Разновидности РДА:
 - 1.1. детский аутизм Каннера
2. Разновидности психозов у детей:
 - 2.1. неуточнённые психозы,
 - 2.2. шизофрения, детский тип,
 - 2.3. детский психоз без других указаний,
 - 2.4. шизофреноподобный психоз.

ДСМ-3, 1987 г.

- Разновидности РДА:
- 1.1. аутистические расстройства
 - 1.2. первазивные расстройства развития.

ICD-10, 1991г.

МКБ-10, 1994 г.

1. Типичный аутизм:

- 1.1 аутистические расстройства,
- 1.2.инфантильный аутизм,
- 1.3.инфантильный психоз,
- 1.4.синдром аутизма Каннера

2. Атипичный аутизм:

- 2.1.атипичные детские психозы,
- 2.2.УМО с аутистическими чертами,
- 3.Синдром Ретта.

Детский аутизм

Атипичный аутизм

Синдром Ретта

Другое дезинтегративное расстройство

Гиперактивное расстройство, сочетающееся с УМО и стереотипными движениями

Синдром Аспергера

Другие общие расстройства развития

МКБ-10

- F84.0 Детский аутизм
- F84.1 Атипичный аутизм
- F84.2 Синдром Ретта
- F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста
- F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями
- F84.5 Синдром Аспергера
- F84.8 Другие общие расстройства развития
- F84.9 Общее расстройство развития, неуточнённое

ДСМ-5

- аутизм (аутистическое расстройство);
- синдром Аспергера;
- детское дезинтегративное расстройство;
- первазивное расстройство развития без дополнительных уточнений.

Эмо́ция (от лат. *emoveo* — потрясаю, волну) — психический процесс средней продолжительности, отражающий субъективное оценочное отношение к существующим или возможным ситуациям и объективному миру. Эмоции характеризуются тремя компонентами: переживаемым или осознаваемым в психике ощущением эмоции; процессами, происходящими в нервной, эндокринной, дыхательной, пищеварительной и других системах организма; наблюдаемыми выразительными комплексами эмоций, в том числе, на лице



Привязывающие модели поведения- это жесты и сигналы, которые обеспечивают и поддерживают близость младенца к взрослым

- Плач
- Улыбка
- Лепет
- Сосание
- Захват и исследование предметов

4 стадии улыбки (по Боулби, 2003 год)

1. Спонтанно возникающая улыбка
 2. Социальная улыбка, адресованная любимому человеку
 3. Избирательно направленная социальная улыбка
 4. Избирательно направленные социальные реакции
-

Аутисты долгое время не улыбаются. Поздно возникающая улыбка не является направленной, или избирательной, не является социальной.

Функциональные характеристики плача младенцев

- Экспрессивная функция-отражение отрицательных эмоций
- Коммуникативная функция
- Интерактивная функция – взаимодействие, основанное как на совпадении мотивов, так и на их разобщённости.

Фазы нормального развития привязанности



- Неразборчивая реакция на людей - от рождения до 3 месяцев
- Фокусирование внимание на знакомых людях – от 3 до 6 месяцев.
- Интенсивная привязанность и активный поиск близости – от 6 месяцев до 3 лет.
- Партнёрское поведение – от 3 лет до окончания детства.

Фаза 1 – неразборчивая реакция

В течение первых трёх недель ребёнок улыбается с закрытыми глазами. С 4 недели улыбается при звуке голоса. С 5-6 недель улыбается при появлении лица.

Улыбка малыша и ответная улыбка матери или другого лица способствует взаимному проявлению любви и повышают вероятность того, что ребёнок будет здоровым и жизнеспособным

Фаза 2 – Внимание к знакомым

Социальные реакции становятся более избирательными. В 4-5 месяцев младенцы гуляют и лепечут только в присутствии знакомых. Хватаются за части тела матери или близких. С 6 месяцев сужают свои реакции на знакомые лица и отдают предпочтение двум или трём лицам.

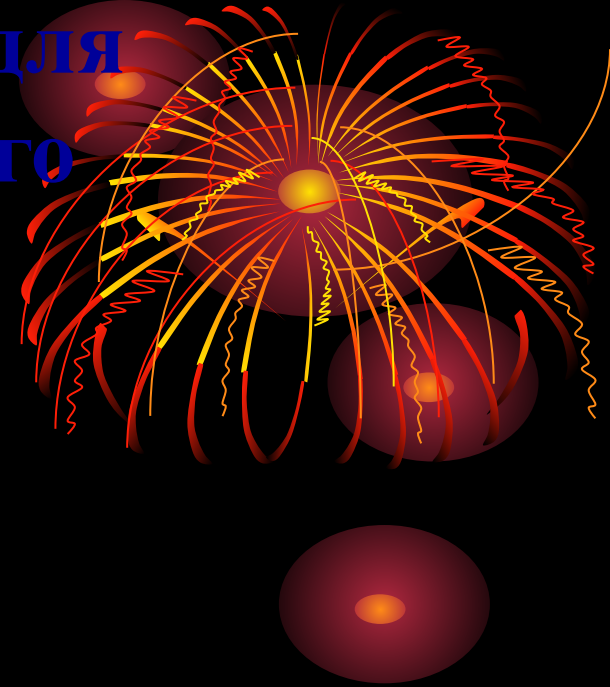
3 фаза – интенсивная привязанность

Младенец громко плачет, когда мать покидает комнату, когда мать возвращается – тянется к ней. С 7-8 месяцев появляется боязнь незнакомцев. Когда ребёнок начинает ползать, ходить, он периодически следит за присутствием матери. До 2-3 лет ребёнок неохотно отпускает мать от себя.

Модели привязанности

1. Нежная привязанность
2. Избегающая привязанность
3. Амбивалентно-сопротивляющаяся привязанность
4. Дезорганизованная привязанность

Проявления, специфичные для первого года жизни аутичного ребёнка



- Взгляд «мимо»
- Вялость сосания
- Отсутствие слежения за объектом
- Задержка узнавания матери
- Отсутствие или слабость «комплекса оживления»
- Отсутствие реакции на дискомфорт
- Сложность введения прикорма
- Яктации
- Отсутствие гуления, лепета
- Отсутствие манипуляций с погремушкой
- Бедность мимики

Уровни аффективной регуляции

(Семаго Н., Семаго М. « Диагностика базовой аффективной регуляции»)

1. Уровень полевой реактивности
2. Уровень аффективных стереотипов
3. Уровень аффективной экспансии
4. Уровень смысловой регуляции.

Уровень полевой реактивности– до 1 месяца

Содержание	Здоровые дети	Дети с ДА
<p>Пассивные формы психической адаптации.</p> <p>Аффективные переживания не содержат положительной или отрицательной оценки.</p> <p>Общее ощущение комфорта или дискомфорта</p>	<p>Этот уровень никогда не проявляется самостоятельно, а выступает лишь в виде фонового, обеспечивающего аффективную преднастройку к активному взаимодействию с окружающим миром</p>	<p>Наблюдаются выраженные проявления эмоционального дискомфорта: нарушение ритма сна-бодрствования, немотивированные крики, то есть аффективная преднастройка нарушена.</p>

Уровень аффективных стереотипов- 1-3 мес.

Обеспечивает равновесие с окружающей средой. Направлен на усиление стенических активных реакций на основе выработки разнообразных способов аутостимуляции, предназначенных для поддержания положительных эмоций.

Проявляется в особой чувствительности к человеческой речи. Младенец активно реагирует на прослушивание собственного голоса, записанного на диктофон. Проявляет реакции на общение, внимательно рассматривает взрослого после просыпания, реагирует комплексом оживления.

Ребёнок демонстрирует меньшее количество реакций на внешние стимулы, что приводит к отставанию в психическом развитии. Появляется раскачивание, сосание пальца, дискомфорт при перемене места, изменения режима. Наблюдается слабая реакция на обращённую речь, на свою речь (плач), записанную на диктофон. Одинаковая реакция на предмет и лицо. После просыпания м.б. аффективные реакции на лицо взрослого, что проявляется в крике и плаче.

Уровень аффективной экспансии 3-6 месяцев

Способствует формированию активной адаптации к новым условиям. Аффективные переживания ребёнка связаны с достижением желаемого

В этот период активно развивается взаимодействие ребёнка со взрослым, прежде всего, с матерью.

Ребёнок не выделяет мать среди других лиц, проявляет страх или тревогу при появлении человеческого лица. Могут наблюдаться повышение мышечного тонуса, немотивированные крики, плач. Гуление разнообразно, но не выражает потребностей ребёнка

Уровень эмоционального контроля с 6 месяцев

Налаживание эмоционального взаимодействия с другими людьми.

Формирование контроля аффективных проявлений в соответствии с требованиями окружающих.

Контроль возникает на основе значимых сигналов для адаптации: взгляд, голос, интонация, прикосновение, жест. Формируется самоощущение и самовосприятие. Ребёнок тянется к матери, испытывает удовольствие при ней. Насторожен при виде незнакомых лиц.

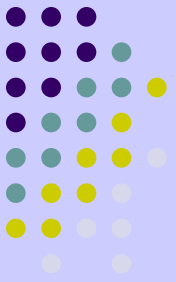
Значимые социальные сигналы не воспринимаются ребёнком или воспринимаются с трудом. Ребёнок слабо реагирует на эмоциональные оценки или не реагирует вовсе. Предпочитает общение с предметами, а не с людьми. Контакт с ребёнком затруднён.

Возраст	Специфика речевых реакций
0-1 мес.	Недифференцированный плач.
1-3 мес.	Дифференцированный плач: например голодный плач, плач, связанный с болью, и т.д.
3-6 мес.	Появляется гуление. Ребёнок сосредотачивается на звуках окружающих людей и предметов. Сам произвольно издаёт отдельные звуки.
6-12 мес.	Появляется лепет, повторяет отдельные звуки и слоги. С 9-10 мес. повторяет звуки, которые слышит.

Особенности в развитии речи у ребёнка с ДА

- ▶ Долго сохраняется недифференцированный плач
- ▶ Более поздно наступает стадия гуления.
- ▶ Недоразвитие речевого подражания и трудности понимания обращённой к ребёнку речи.
- ▶ Недостаточность использования жестов и интонации в общении
- ▶ Эхолалии
- ▶ Пассивность в процессе общения

Аутизм-100% наблюдения



Нарушение зрительного контакта — 100 %

Нарушение комплекса оживления в младенчестве -100%

Изменение отношения к близким — 41%

Изменённая реакция на нового человека — 21%

Нарушение общения с детьми — 72%

Изменённое отношение к физическому контакту — 19%

Изменённое отношение к словесному общению — 21%

Особенности поведения в одиночестве -17%

Особенности отношения к неодушевлённому - 21%




Страхи-80% наблюдений

Сверхценные страхи-72%

Страхи, обусловленные сенсорной гиперестезией -35%

Неадекватные, бредоподобные страхи
-17%

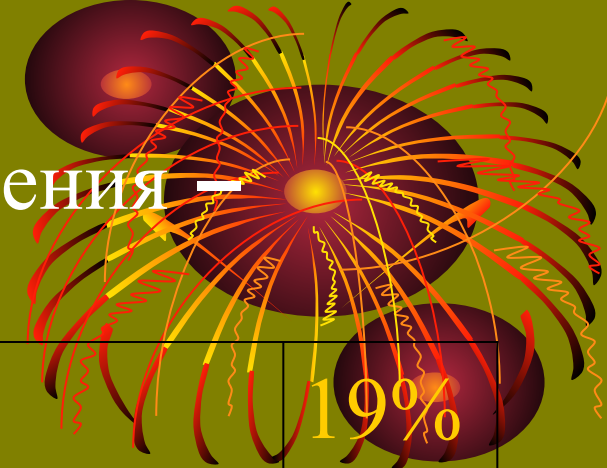
Феномены тождества — 79% наблюдений



Трудности питания, трудности введения прикорма, отвергание нового вида пищи, ритуальность во время еды-53%

Приверженность к привычным деталям окружающего, негативизм ко всему новому — 69%

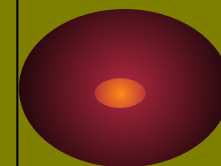
Патологические реакции на смену обстановки - 67%



Нарушение чувства самосохранения — **21 %** наблюдений

Отсутствие «чувства края»: опасное свешивание за борт коляски, стремление убежать, прыгнуть, выбежать на проезжую часть, войти в глубину воды.

19%



Отсутствие закрепления отрицательного опыта порезов, ушибов, ожогов

31%

Отсутствие защитной агрессии

19%

Стереотипии -97%

Двигательные -51%

Сенсорные -46%

Речевые-31%

Поведенческие-41%

Влечение к ритму -34%

Особенности речи – 69% наблюдений



- Нарушение импрессивной речи (21%)- слабость или отсутствие реакции на речь, предпочтение шёпотной речи, «непонимание» инструкций
- Нарушения экспрессивной речи(49%)- эхолалии-цитаты, эхолалии-аутокоманды, эхолалии-коментарии, склонность к вербализации.

Особенности восприятия

- Нарушения зрительного восприятия – 51%
- Нарушения слухового восприятия – 9%
- Нарушения тактильного восприятия -59%
- Нарушения вкусового восприятия -17%
- Нарушения обонятельного восприятия – 8%
- Нарушения проприоцептивного восприятия 17%

Особенности игры – 29% наблюдений

Отсутствие игры	17%
Элементарные манипуляции	19%
Игра с неигровыми предметами	21%
Игра в одиночестве, обособленно	19%

Другие особенности

- Особенности витальных функций и аффективной сферы 98% всех наблюдений – гиповозбудимость (32%), гипервозбудимость (66%)
- Особенности моторики 68% наблюдений
- Особенности навыков социального поведения – 76%

Специалисты, которых необходимо привлекать для абилитации детей с РАС

- Психолог
- Логопед
- Дефектолог
- Музыкальный работник
- Арт-терапевт
- Массажист
- Инструктор ЛФК
- Воспитатель ДДУ или педагог школы.

Спасибо за внимание

