

СИНДРОМ ОРГАНІЧНОГО АУТИЗМУ В ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Маруненко І. М.,

м. Київ

На сучасному етапі розвитку теорії і практики педагогіки, спеціальної психології, психіатрії особливу увагу фахівців привертає диференціація проявів порушень психофізичного розвитку дітей та пошук оптимальних умов для їх корекції. Метою статті є означення проблеми органічного аутизму дітей у сучасній діагностиці затримки психічного розвитку.

В 1943 р. вперше визначено хворобливий стан психіки людини, що характеризується послабленням зв'язків з реальністю. Такий стан виявляється в зосередженості на власних переживаннях, обмеженні спілкування людини з іншими людьми. Це явище описав Л. Каннер, назвавши його раннім дитячим аутизмом. Цей стан характеризується:

- глибокою недостатністю емоційних контактів;
- тривожним прагненням зберегти постійність;
- незмінність оточення;
- надзвичайною зосередженістю на окремих об'єктах та маніпулюванням ними;
- аутизмом, не спрямованим на комунікацію;
- достатньо високим пізнавальним потенціалом.

За даними Л. Каннера, у 15-20 % випадків у таких дітей інтелект буває в межах норми. Чимало з них, маючи непогані інтелектуальні можливості, можуть бути обдарованими: добре грати в шахи, малювати, мати музичні здібності та ін. [5, 10, 15].

Статистика свідчить, що на 10 тисяч новонароджених припадає 4-5 випадків раннього дитячого аутизму. Це порушення розвитку спостерігається в усіх країнах світу незалежно від соціального середовища чи етнічної належності. Показник поширеності цієї патології в Україні, за офіційними статистичними даними, становить 2 випадки на 10 тис осіб (0,2 %).

Численні дослідження раннього дитячого аутизму (Аспергер (1944), Ван Кревелен (1957), С. Мнухін (1947), Д. Ісаєв (1969), В. Каган (1973) та ін.) виявили, що, поряд з «класичним» аутизмом Л. Каннера, цей синдром входить до структури різних нозологічних форм, іноді є одним із проявів викривленого психічного розвитку, наприклад, у випадках олігофренії, затримки психічного розвитку [3, С. 10].

Неспецифічна «додаткова» симптоматика, нехарактерна для дітей з затримкою психічного розвитку, приєднуючись, поглиблює в них прояви інтелектуальної недостатності. Ступінь проявів психологічної симптоматики, зокрема аутичної, може бути різним: від «стертої», незначної, яка не завжди діагностується, до явної та стійкої. Іноді прояв аутизму є провідним, маскуючи легку затримку психічного розвитку. Тоді виникають значні труднощі в диференціації діагностики стану дитини, її лікування та навчання.

У випадках раннього дитячого аутизму в дітей із затримкою психічного розвитку завжди виявлялися ознаки органічного ураження головного мозку. Тому й доводиться говорити про синдром органічного аутизму.

В анамнезі таких дітей часто вказується на внутрішньоутробну чи пологову патологію або перенесені в ранньому дитинстві захворювання як кір, вітряна віспа, енцефаліт та травми черепа.

При аутизмі й глибоких порушеннях розвитку невизначеної природи можуть спостерігатися всі чи деякі з перелічених нижче симптомів:

- проблеми зі спілкуванням (висловлюванням і розумінням мови);
- труднощі в розумінні зв'язків між людьми, речами та подіями;
- незвичайні ігри з іграшками та іншими об'єктами;
- болісне сприйняття змін у знайомому оточенні, а також у звичних послідовностях дій;
- повторення однакових рухів або дій.

Здібності, розвиток і поведінка дітей з аутизмом й глибокими порушеннями розвитку невизначеної природи можуть коливатися в широких межах. Деякі діти взагалі не розмовляють, а в інших розвиток мовленнєвих навичок обмежений і спостерігається повторення речень. Діти з більш-менш розвинутими мовленнєвими вміннями, як правило, розмовляють лише на певні теми.

Анамнестичні дані також часто вказують на уповільнення вікових фаз розвитку: запізнення формування статичних функцій, мовлення, ігрової діяльності, гігієнічних навичок. Водночас, у дітей з аутичним синдромом привертає увагу не стільки відставання в інтелектуальному розвитку, скільки незвичайність у поведінці, особливо недостатність у спілкуванні з людьми, яка виявляється вже у віці 3-4 років.

У колективі ровесників ці діти тримаються окремо від однолітків, рідко звертаються із запитаннями, не відповідають на звертання до них, справляючи враження надзвичайно сором'язливих. Іноді, вони вибірково спілкуються, але у формальній манері, без емоційного контакту.

Серед психопатологічних симптомів для них характерні страхи, які часто займають одне з провідних місць у формуванні аутичної поведінки.

У результаті досліджень, які проводилися В. Лебединською, О. Нікольською, Є. Баєнською, М. Лібініч та ін., були визначені чотири групи дітей з аутизмом залежно від інтенсивності ураження базальної афективної сфери [1, 4, 5, 6, 7].

Перша група РДА — найтяжчий ступінь ураження. Емоційний контакт з дорослими відсутній, реакція на зовнішній і внутрішній подразники (голод, холод, біль) слабка. Обличчя, звичайно, зберігає вираз глибокого спокою. Мовлення відсутнє, хоча розуміння мови оточуючих може і не бути порушене. Діти уникають навіть звичайних подразників (шуму, яскравого світла, гучної мови, дотиків), які можуть викликати в них страх. Такий тип емоційної регуляції орієнтований на захист себе від впливу зовнішнього світу, прагнення емоційного комфорту.

Друга група РДА вирізняється більшою активністю. Дитина сильніше реагує на фізичні відчуття (голод, холод, біль). Діти активно вимагають збереження стабільності в навколишньому середовищі: постійних маршрутів прогулянки, важко переживають перестановку меблів, зміну одягу. Поява такого стану у дитини помітна з 2-3 років.

Як правило, для дітей цієї групи характерні стереотипні дії, спрямовані на стимуляцію органів чуття: надавлювання на очні яблука, обертання предметів перед очима, шурхотіння папером. Вестибулярний апарат стимулюється стрибками, розгойдуванням вниз головою та ін. Мовлення переважно однотипне, можливе виконання нескладних прохань до матері. Характерним є надмірний зв'язок з матір'ю, неможливість відійти від неї навіть на нетривалий час.

Третя група РДА характеризується наявністю мовлення у вигляді емоційно-забарвленого монологу; дитина здатна до вияву своїх потреб. Часто трапляються агресивні дії, дитина полюбить страхотливі сюжети малюнків (зображення пожеж, бандитів та ін.).

Четверта група РДА є найменш тяжким видом порушень. Діти здатні до спілкування, у них збережені інтелектуальні функції, але вони потребують захисту і емоційної підтримки з боку матері. Коло спілкування обмежене тільки близькими, добре знайомими людьми. В ході розвитку дитини можливе як засвоєння навичок спілкування, поступова адаптація, так і регрес, втрата раніше набутих навичок.

Існують певні гіпотези, які пояснюють природу аутизму. Одна із гіпотез полягає у тому, що це відхилення у розвитку викликане генетичними порушеннями. Дослідження, що проводив Міжнародний консорціум на молекулярному і генетичному рівнях вивчення аутизму, є твердженням, що 2 і 17 хромосоми людини містять ділянки, в яких закодована схильність до аутизму. Дослідникам також вдалося підтвердити припущення щодо того, що подібні ділянки містять 7 і 16 хромосоми.

Одним із факторів, що викликає вторинний аутизм, є стресові фактори, від яких залежить прояв спадкової схильності. Дослідження близнюків показали, що аутизм може мати місце лише в одного з них, при цьому, його спадковість є багатофакторною, а схильність до цього захворювання може бути пов'язана не менше ніж з трьома генами (Bailey et al., 1996) f 14].

Було виявлено, що у хворих на аутизм дітей спостерігаються природжені порушення розвитку мозку (дисфункції або диспропорції: недорозвиток одних ділянок мозку у поєднанні з гіперрозвитком інших його ділянок), хромосомні аномалії і порушення обміну, зміни на генному рівні (на які, в свою чергу, впливають фактори довкілля, стреси). Припускають, що у аутичних дітей спостерігаються порушення розвитку мозку, зокрема, мигдалеподібного тіла — центру, який "відповідає" за емоції. У крові таких хворих були виявлені специфічні білки.

В. Rimland і С. С Мнухін вказують на можливу роль порушень активуючих впливів зі сторони відділів стовбура мозку. Д. Н. Ісаєв і В. Е. Каган висловлюють припущення щодо значення порушення лоболімбічних функціональних зв'язків у виникненні розладів системи організації і планування поведінки, домінування в корі головного мозку процесів гальмування [13].

Дитячий аутизм може бути пов'язаним з різницями, у тому числі навіть низькими, кількісними показниками розумового розвитку: дві третини дітей з аутизмом при звичайному психологічному обстеженні оцінюються як розумово відсталі (а половина з них — як глибоко розумово відсталі). Необхідно розуміти, що порушення інтелектуального розвитку при дитячому аутизмі має якісну специфіку: при кількісно рівному коефіцієнті розумового розвитку дитина з аутизмом у порівнянні з дитиною олігофреном може виявляти набагато більшу кмітливість в окремих галузях, з одного боку, і значно гіршу адаптацію до життя в цілому, з іншого. Її показники за окремими тестами будуть сильно відрізнятися одне від одного. Чим нижчий коефіцієнт розумового розвитку, тим виразнішою буде різниця між результатами у вербальних і невербальних завданнях на користь останніх [8,9,11].

В 30 % хворих на аутизм дітей спостерігається епілепсія, яка може обтяжувати перебіг захворювання. Існує достатня кількість даних, які свідчать, що епілепсія може імітувати або викликати аутизм. Наприклад, зміна поведінки, аналогічна при аутизмі, може мати місце при синдромі Landau-kleffner (набута епілептична дисплазія), при якому напади можуть бути відсутніми в 30 % випадків, а діагноз епілепсії встановлюють за даними електроенцефалографії.

Формування емоційного контакту з аутичною дитиною є головним і вирішальним моментом, без якого подальша робота в системі медикопсихолого-педагогічної корекції, по суті, виявляється неможливою. Процес встановлення емоційного контакту з дитиною-аутиком проходить декілька послідовних етапів.

Перший етап у встановленні емоційного контакту (період «емоційно насиченої пасивності») має на увазі обережне спостереження за поведінкою аутичної дитини й виключає будь-яку форму втручання і обмежень. За цей час у дитини виникає відчуття, що дорослий не являє для нього небезпеки, а у педагога формуються перші уявлення про індивідуальні особливості дитини, у тому числі — про домінуючі стереотипні ігри і дії.

Другим етапом у встановленні емоційного контакту є «пасивна співучасть» в діяльності аутичної дитини. Цей період вимагає від дорослого здібності до «регресивного перевтілення» з відмовою від ролі дорослого і ухваленням деяких форм дитячої поведінки.

Третій етап починається у встановленні емоційного контакту (період «активної співучасті») й активного впровадження в сферу пізнавальної діяльності аутичної дитини. Педагог виступає тут не як сторонній спостерігач, а як товариш по грі, демонструє щире зацікавлення і захопленість спільною діяльністю.

Психолог або педагог може за допомогою нейропсихологічних методик визначити сильні й слабкі парціальні психологічні порушення в дитини-аутика й організувати корекційну роботу. Під час навчання таких дітей можуть бути використані пояснювальні нейропсихологічні моделі аутизму:

- теорія регулятивної дисфункції;
- теорія ослабленого центрального зв'язування;
- лімбічна теорія.

Ключовим у теорії регулятивної дисфункції є положення про порушення у дітей з аутизмом здатності програмувати і контролювати поведінку.

Формування, розвиток і корекція функцій програмування та контролю сприятимуть підвищенню рівня можливості аутиста брати участь в соціальній комунікації, яка потребує оперативної оцінки і вибору необхідних реакцій у відповідь на інформацію, що постійно змінюється. При цьому, особливого значення надається формуванню таких компонентів програмування і контролю, як здатність до переключення з однієї когнітивної установки на іншу, гальмування неадекватних реакцій і розвиток оперативної пам'яті. Формування у дитини вміння інтегрувати і враховувати значну кількість особливостей ситуації, оперативно оцінювати і реагувати на інформацію, що надходить, розуміти переживання іншої особиста стає пріоритетним у означених програмах [12, С. 13].

Спираючись на принципи, закладені в гештальт — психології, передбачається, що при аутизмі виникає руйнування «вродженого нахилу» людини опрацьовувати інформацію. Такі порушення є наслідком домінування фрагментарної (сукцесивної) обробки інформації, коли складні стимули сприймаються як певна сукупність розрізнених частин, а не як зв'язне ціле, об'єднане єдиним смислом.

Лімбічна теорія — це поєднання кількох теорій (біологічних, нейропсихологічних і поведінкових), в яких простежується зв'язок між лімбічною системою й аутизмом. Лімбічна ділянка мозку представляє особливий інтерес для аутології, бо тісно пов'язана із соціально-емоційними функціями людини. Так, таламус працює як «розподільча ділянка» для всіх відчуттів, що надходять у мозок, передає

рухові імпульси і бере участь в емоційних процесах та у процесах пам'яті. Гіпоталамус відповідає за поведінку в екстремальних ситуаціях, прояви агресії, болю і задоволення. Мигдалеподібне тіло координує реакції страху і неспокою, спричинені внутрішніми сигналами. Гіпокамп використовує сенсорну інформацію для формування короткочасної та довготривалої пам'яті. Базальні ганглії відповідають за контроль тонкої моторики м'язів обличчя та очей, які відображають емоційні стани, координують мисленнєві процеси, що беруть участь у плануванні порядку і злагодженості наступних дій.

Отже, саме лімбічна система дає змогу дитині встановлювати соціальні зв'язки, формувати складні емоції з соціальним компонентом (злість, сум, радість), а в подальшому розвивати такі тонкі почуття, як любов, альтруїзм, співпереживання, щастя.

У дітей з аутизмом виявлено, що при збереженні здатності до безпосереднього відтворення матеріалу в них знижена здатність до відстроченого відтворення й пізнання.

Ключову роль у ранніх аутичних проявах порушень соціальної поведінки (пасивність, відсутність ініціативи у процесі взаємодії з іншими людьми, послаблення контакту очей, збіднення мімічної та тілесної експресії та ін.) відіграють саме розлади лімбічної системи.

Спираючись на ключові положення зазначених теорій, педагог зможе своєчасно передбачати, запобігати і коригувати у дітей когнітивні порушення і вади соціальної поведінки.

Література

1. Баенская Е. Р. О коррекционной помощи аутичному ребенку раннего возраста // Дефектология. — 1999. — № 7. — С. 21-23.
2. Гилберт К. Аутизм: медицинское и педагогическое воздействие: книга для педагогов-дефектологов / К. Гилберт, Т. Питере — М.: [б. и.], 2005. — 144 с.
3. Каган В. Е. Аутизм у детей / Каган В. Е. — М.: [б. и.], 1981. — 240 с.
4. Лебединская К. С. Дети с нарушением общения. Ранний детский аутизм / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. — М.: [б. и.], 1989. — 451 с.
5. Лебединская К. С. Диагностика раннего детского аутизма: начальное проявление / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. — М.: Просвещение, 1991. — 342 с.
6. Мэш Э. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка / Э. Мэш, Д. Вольф. — СПб.: Прайм — ЕВРОЗНАК, 2003. — 384 с.
7. Никольская О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. — М.: [б. и.], 1997. — 289 с.
8. Питере Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию / Питере Т. — СПб.: Институт специальной педагогики и психологии, 1999. — 192 с.
9. Питере Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию / Питере Т. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. — 240 с.
10. Рождественская М. С. Синдром органічного аутизму в дітей з затримкою психічного розвитку // Дефектологія. — 2002. — № 2. — С. 46-50.
11. Сатмари П. Дети с аутизмом / Сатмари П. — СПб.: Питер, 2005. — 224 с.
12. Тарасун В. В. Етапи формування когнітивних стратегій поведінки у дітей з аутизмом // Дефектологія. — 2005. — № 1. — С. 8-15.
13. Хворова А. Технологія комплексної психолого-педагогічної корекції та розвитку аутичної дитини // Дефектологія. — 2008. — № 3. — С. 20-27.