Синдром Аспергера. Причины, симптомы, диагностические приемы выявления расстройства.

*Климова Олеся Владимировна*

*Учитель-логопед, МБДОУ д/с «Лесная сказка» г. Десногорска*

Аннотация

Синдром Аспергера — это высокофункциональная форма [аутизма](https://emberint.ru/articles/autizm-y-detey/), нарушение психического развития, при котором человека всю жизнь сопровождают трудности в социальной коммуникации, социальном взаимодействии и воображении. По статистике, данному расстройству подвержено менее 1% населения планеты. Специалисты до сих пор не пришли к единому мнению о том, как называть этот симптомокомплекс: расстройством аутистического спектра, синдромом или особенностью функционирования мозга.

В отличие от «классического» аутизма или синдрома Каннера, который обычно сопровождается [умственной отсталостью](https://emberint.ru/services/umstvennaya-otstalost/), при синдроме Аспергера интеллект сохраняется на высоком уровне, но среди всех пациентов, у кого было диагностировано расстройство аутистического спектра, людей с синдромом Аспергера крайне мало.

Австрийский педиатр и психиатр Ганс Аспергер — первопроходец в изучении аутизма, серьезно занимавшийся наблюдением за детьми с расстройствами социального общения и адаптации, называл это состояние синдромом аутистической психопатии. В честь него английский психиатр Лорна Уинг предложила термин «Синдром Аспергера».

Безусловно, вклад Аспергера в изучение аутизма велик, но методы исследований доктора вызывают много споров. Книга Эдит Шеффер «Дети Аспергера» и другие исторические расследования приоткрывают тайну о нацистском прошлом детского психиатра. Сообщества врачей-психиатров из разных стран призывают отменить этот термин, но многие больные называют себя «аспи». Как к этому относиться, — каждый решает сам.

Форма проведения: сообщение

Симптомы и признаки синдрома Аспергера.

Синдром Аспергера является врожденной «скрытой дисфункцией», и по внешнему виду определить его наличие крайне затруднительно. Люди, страдающие данным расстройством, обладают высоким или выше среднего интеллектом. Им свойственна особенная манера вербального общения: речь развитая, беглая, но им трудно поддерживать беседу. Они воспринимают речь другого человека в буквальном смысле: не понимают шутки, метафоры, сарказм, иронию, испытывают затруднения в интерпретации невербальных знаков. Интонация, мимика, жесты, выраженные другими людьми, трудны для понимания и не несут смысловой нагрузки для страдающего синдромом Аспергера, а сам он их практически не использует, к тому же, избегает зрительного контакта. Непонимание этикета, правил поведения, законов общежития социального окружения создают сложности в общении. Нарушения обработки сенсорной информации, которые проявляются повышенной чувствительностью к звукам, освещению, прикосновениям, приводят иногда к агрессивным или подавленным состояниям. Концентрированность на одной теме разговора или хобби, несвойственном обычным людям, возможность легко выполнять монотонную работу, навязчивое внимание к определенному человеку тоже указывают на неординарность личности. Структурирование деятельности, строгое следование плану можно назвать особенностью, помогающей людям с синдромом Аспергера в достижении целей и приобретении профессиональных навыков. Однако при обстоятельствах, связанных с изменением привычного ритма жизни или переноса запланированных ими событий, психика больного подвергается серьезному испытанию, иногда приводя к срыву. Неумение договариваться, дружить, неконтролируемые эмоции, неспособность к сопереживанию, эмпатии тоже являются признаками синдрома.

Семантико-прагматическое нарушение речи при синдроме Аспергера

Важнейшим для человека средством коммуникации является осознанная речь, высший уровень которой – семантика, – является продолжением развивающего мышления. На этом уровне человеческий мозг представляет окружающие его образы и понятия в форме речевых конструкций, устанавливая отношения между объектами и описывающими их словами. [Семантико-прагматическое расстройство речи](https://emberint.ru/articles/semantiko_pragmaticheskoe/), часто сопутствующее синдрому Аспергера в детстве, можно обозначить как «отсутствие отношений». Вербальное общение в таком случае не эффективно, поскольку беглая речь ребенка характеризуется нарушением понимания, не относится к собеседнику и не обладает коммуникативной функцией. Ребенок разговаривает сам с собой, говорит о себе в третьем лице, а при непонимании смысла слов собеседника использует эхолалию (повторение речевых конструкций другого человека).

Синдром Аспергера у детей.

Мнения специалистов расходятся: одни считают синдром обособленным заболеванием, другие относят его к легкой форме аутизма. Синдром Аспергера диагностируется с 4 до 11 лет. По внешнему виду очень трудно определить у ребенка какое-либо заболевание психики, но при тесном контакте и наблюдении начинают проявляться особенности:

* достаточно высокий интеллектуальный уровень развития ребенка;
* нормальные навыки внятной речи, в которой коммуникативный смысл отсутствует;
* неспособность играть в ролевые игры, предпочтение логическим занятиям, требующим последовательности и системности;
* отсутствие зрительного контакта;
* повышенная сенсорная чувствительность (раздражающие звуки, обостренное осязание, обоняние, вкус);
* нарушение координации движений — неуклюжесть, неловкость при ходьбе и выполнении действий, требующих ловкости (плавание, езда на велосипеде) и возникающие трудности в развитии мелкой моторики (раскрашивание, письмо, вырезание ножницами);
* стереотипное поведение, проявляющееся в часто повторяющихся движениях и действиях, зацикленности на определенном виде занятий;
* трудности коммуникации и социального взаимодействия со сверстниками, приводящие к одиночеству или насмешкам со стороны других детей.

Исследования подтверждают, что у большинства детей с синдромом Аспергера, с которыми с раннего возраста занимались родители, психологи, врачи, обучая социальному взаимодействию, умению вести диалог, поддерживать и развивать отношения с окружающими людьми, наблюдается значительное улучшение состояния в раннем школьном и подростковом возрасте.

Синдром Аспергера у взрослых.

Причины возникновения синдрома Аспергера не ясны, но ученые склоняются к генетической предрасположенности по отцовской линии, утверждая, что 80% страдающих — мальчики. С течением времени симптомы сглаживаются, и расстройство у взрослых становится менее выраженным, чем в детстве. Им свойственны педантичность, самодостаточность, ответственность, высокая работоспособность, целеустремленность, сосредоточенность на деталях. Знания в интересующей их области глубоки и структурированы, а результаты труда достойны восхищения.

Специалисты подтверждают, что люди с синдромом Аспергера, обладавшие в детстве высокими способностями к планированию и выполнению сложных заданий, легче адаптировались к социальной среде, налаживали отношения с окружающими, получали профессиональные навыки и создавали семью.

Патогенез синдрома Аспергера.

Существует множество теорий возникновения Синдрома Аспергера. Одна из них — теория зеркальных нейронов. Она предполагает, что появление расстройства связано с нарушением функции зеркальных нейронов головного мозга, которые отвечают за распознание того, что чувствуют другие люди. Некоторое доказательство данной теории обеспечивает функциональная магнитно-резонансная томография.

Синдром Аспергера является результатом факторов развития, которые влияют на многие или все функциональные системы мозга. Нейроанатомические исследования и ассоциации с тератогенами убедительно свидетельствуют о том, что механизм возникновения расстройства включает изменение развития мозга вскоре после зачатия. Аномальная миграция эмбриональных клеток во время развития плода может повлиять на конечную структуру и связность мозга, что приводит к изменениям в нейронных цепях, которые контролируют мышление и поведение.

Стоит отметить, что все расстройства аутистического спектра связаны с воздействием тератогенов (веществ, вызывающих врождённые дефекты) в течение первых восьми недель от зачатия. Хотя это не исключает возможности того, что они могут быть инициированы или затронуты позднее. Многие факторы окружающей среды предположительно приводят к подобным расстройствам и после рождения, но ни один из них не был подтверждён научными исследованиями.

Ещё одна теория — теория слабой центральной когерентности. Она предполагает, что при расстройствах аутистического спектра возникает дефицит центральной когерентности — внутренней способности связывать воедино множество деталей. В результате этого у людей с Синдромом Аспергера ограничивается способность видеть общую картину. Родственная теория — улучшенное перцептивное функционирование (восприятие объективной действительности) — больше фокусируется на превосходстве локально ориентированных и перцептивных операций у аутичных индивидов.

Диагностика синдрома Аспергера.

Стандартизированного теста на синдром Аспергера не существует. Для подтверждения или исключения РАС потребуется всесторонняя групповая оценка команды врачей: психолога, невролога, психиатра, дефектолога речи и языка и других специалистов, имеющих опыт в диагностике детей с данным расстройством.

При диагностике врачи ищут наличие первичной группы поведения:

* ненормальный зрительный контакт;
* отчуждение;
* неспособность откликаться на своё имя;
* неспособность использовать жесты, чтобы указать на что-либо;
* отсутствие интерактивной игры с другими людьми;
* отсутствие интереса к сверстникам.

Стандартные диагностические критерии:

* нарушение взаимодействия с обществом;
* поведение, деятельность и интересы повторяющегося и стереотипного характера;
* отсутствие существенного замедления языкового или когнитивного развития.

Стереотипное и повторяющееся моторное поведение является основной частью диагностики синдрома Аспергера и иных расстройств аутистического спектра. Оно включает в себя движения рук (взмах или скручивание) и сложные движения всего тела. Подобные манипуляции, как правило, повторяются длительно и выглядят скорее добровольными или ритуальными, в отличии от тиков, которым обычно быстры, менее ритмичны и реже симметричны.

Золотой стандарт в диагностике заболевания расстройств аутистического спектра сочетает в себя:

* клиническое суждение с диагностическим полуструктурированным интервью с родителями;
* график диагностического наблюдения аутизма, разговор и игровое интервью с ребёнком.

Генетическая диагностика является относительно дорогостоящей, и генетический скрининг, как правило, непрактичен. По мере разработки генетических тестов возникнет ряд этических, правовых и социальных проблем. Коммерческая доступность тестов может предшествовать адекватному пониманию того, как использовать результаты тестов, учитывая сложность генетического исследования.

Комплексная подход включает в себя неврологическую и генетическую оценку с углубленным когнитивным и языковым тестированием для установления IQ и оценку психомоторной функции, вербальных и невербальных сильных/слабых сторон, стиля обучения и навыков для независимой жизни.

Анализ сильных и слабых сторон коммуникации включает:

* оценку невербальных форм коммуникации (взгляд и жесты);
* использование небуквального языка (метафор, иронии, абсурдности и юмора);
* паттерны (заимствование) речевых интонаций, ударений и громкости;
* прагматика (поворотливость и чувствительность к вербальным сигналам);
* содержание, ясность и связность разговора.

Тестирование может включать аудиологическое направление для исключения нарушения слуха. Образование и социальный статус семей имеет решающее значение в разработке стратегий для понимания сильных и слабых сторон.

Дифференциальная диагностика.

Проблемы диагностики включают в себя разногласия между диагностическими критериями, споры о различии между синдромом Аспергера и другими формами расстройств аутистического спектра (или даже о том, существует ли синдромом Аспергера как отдельный синдром), а также чрезмерную и недостаточную диагностику по нетехническим причинам.

Основное внимание при диагностике расстройства обращается на наличие указанных выше симптомов. Причём интенсивная узкая предметная озабоченность, односторонняя многословность, ограниченная просодия и физическая неуклюжесть типичны для данного состояния, но не требуются для постановки диагноза. Симптомы расстройства должны быть значительно выраженными и затрагивать важные области функции. Если при этих признаках также наблюдаются критерии аутизма, то синдром Аспергера исключается.

Диагностирование взрослых является более сложной задачей, так как стандартные диагностические критерии предназначены для детей. В связи с этим взрослый диагноз требует кропотливого клинического обследования и тщательного изучения истории болезни, полученной как от самого человека, так и от других людей, которые знают его, сосредоточив внимание на детском поведении.

Дифференциация между синдромом Аспергера и другими расстройствами аутистического спектра основывается на суждении опытных клиницистов. Многим детям с синдромом Аспергера первоначально ставят ошибочный диагноз "[Синдромом дефицита внимания и гиперактивности](https://probolezny.ru/sindrom-deficita-vnimaniya/)". Однако такой ошибочный или же отсроченный диагноз способен усугубить состояние пациента. Например, неправильный диагноз может привести к приёму лекарств, которые ухудшают поведение человека с синдромом Аспергера. Поэтому стоит помнить, что диагностика, основанная исключительно на неврологическом, речевом, языковом или образовательном уровне, может дать только частичный (предварительный) диагноз.

Список литературы:

1. Анне Ф. Введение в психологическую теорию аутизма. — М.: Теревинф, 2006. — 216 с.
2. Башина В. М. Аутизм в детстве. — М.: Медицина, 1999. — 240 с.
3. Бобров А.Е. Катамнестическое изучение больных синдромом Аспергера // Материалы общероссийской конференции: "Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах". — М., 2009. — С. 201.
4. Бобров А.Е. Особенности процесса обучения у больных синдромом Аспергера // Материалы II конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья с международным участием. 15-18 февраля. — М., 2010. — С. 108-111.
5. Бобров А.Е. Синдром Аспергера: ретроспективный анализ динамики состояния больных // Доктор.ру. — 2011. — № 4 (63). — С. 47-51.
6. Бобров А.Е. Ранние исходы синдрома Аспергера // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2013. — № 8. — С. 19-25.
7. Каган В. Е. Аутизм у детей. — Л.: Медицина, 1981. — 190 с.
8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. — М.: Медицина, 1979. — 608 с.
9. Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте. — М.: Академия, 2006. — 144 с.
10. Никольская О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. — М.: Теревинф, 2008. — 224 с.