

Дифференциальная и педагогическая диагностика детей с РАС

С прогрессом медикаментозной терапии и психолого-педагогической коррекции раннего детского аутизма все более значимой становится проблема как можно более ранней диагностики нарушения, с последующим построением индивидуальной тактики комплексной коррекционной работы с детьми с РДА.

Все существующие основные диагностические системы (ДСМ-III-R, ДСМ-IV и МКБ-10) сходятся в том, что для диагностики аутизма должны присутствовать 3 основных симптома в течение первых трех лет жизни:

- а) качественные нарушения в сфере социального взаимодействия;
- б) качественные нарушения способности к общению;
- в) ограниченные повторяющиеся и стереотипные модели поведения, интересов и видов деятельности.

Существуют определенные, часто проявляющиеся в аутизме, но не считающиеся основными для постановки диагноза симптомы: это – гиперактивность, слуховая гипер- и гипочувствительность и различные реакции на звук, гиперчувствительность к прикосанию, нанесение себе повреждений, агрессивные проявления и перемены настроения. Они встречаются у 1/3 людей, имеющих это расстройство.

Наряду с диагностическими критериями, по ДСМ-IV (Американская ассоциация психиатров, 1994) и МКБ-10 для определения аутизма используется специальная диагностическая карта психолого-педагогического исследования ребенка первых двух лет жизни при предположении у него раннего детского аутизма (см. распечатку из книги Ковалец).

Сейчас ранний детский аутизм относят к нарушениям в развитии, а именно искаженный тип развития.

Поэтому следует обратить внимание на проведение дифференциальной диагностики, так как выявление РАС, особенно в первые годы жизни ребенка, нередко представляет значительные трудности, вследствие того, что

дизонтогиния в своих отдельных клинико-психологических звеньях имеет много общего с другими аномалиями психического развития у детей.

Наиболее часто РДА приходится дифференцировать с такими аномалиями развития, как невропатия, нарушения психического развития при некоторых резидуально-органических повреждениях мозга, интеллектуальной недостаточности, недоразвитости речи, глухоте, детском церебральном параличе, депрессии, шизофрении.

Остановимся на некоторых подробнее.

Дети с *расстройствами нервной системы неврологического плана, характеризующиеся повышенной возбудимостью НС, сочетающейся с повышенной истощаемостью НС*, так же как и аутичные дети II и IV групп (по Никольской), обладают пониженным физическим, моторным и психическим тонусом, плохой переносимостью перемены обстановки, избирательность в контактах. Этим они часто похожи на аутичных детей. Сходство усугубляется и похожестью интересов (к природе, стихам). Дети с невропатией стремятся к контактам не только со взрослыми, но и со сверстниками. Их страхи преувеличены, но всегда адекватны (боязнь темноты, собак и т.д.). Дети с невропатией любят ласку, в отличие от аутичных детей они охотно идут на подражание в игре. Их речи несвойственны типичные для II группы РДА скандированность, отставленные эхолоалии, невнятность.

Наиболее частые ошибочные диагнозы касаются круга *церебрально-органической патологии*:

Аутизм и нарушения психического развития при некоторых резидуальных поражениях мозга.

Сходство: психомоторная расторможенность, импульсивность, негативизм, нарушение внимания, наличие судорожных припадков, агрессивность, патология влечений, склонность (при гидроцефалии) к «рассуждательству», речевым штаммам, истощаемости, явлениям вегетативной дистонии.

Различие: при церебрально-органической резидуальной патологии сохранено стремление к контакту, в расторможенности движений отсутствуют компоненты манерности, вычурности, в речи нет неологизмов, отставленных эхоталий. Ряд из этих дифференциально-диагностических различий не может быть использован при сочетании РДА с церебрально-органической симптоматикой.

Аутизм и умственная отсталость, ЗПР.

Сходство: трудности привлечения внимания, сложности обучения бытовым навыкам, манипулятивность игры, неразвернутость речи, задержка в развитии тонкой моторики, пассивность, безынициативность, бедность речи, слабость психической активности.

Различие: при умственной отсталости и ЗПР сохраняются зрительный контакт и стремление к общению вообще, усилены витальные потребности, нет явной разницы интеллектуальной продуктивности в привычной среде и вне ее; замедленно, но верно, идет накопление знаний, умений и навыков, внутренний мир не бывает таким богатым как при аутизме.

Только длительное наблюдение за динамикой может дать возможность дифференцировать эти расстройства.

Аутизм и первичное нарушение речи (сенсорная и моторная алалия, дизартрия).

Сходство: «непонимание» речи окружающих, невыполнение словесных инструкций, отсутствие речи, невнятность произношения, частые запинки.

Различие: при нарушениях речи сохраняется невербальная коммуникация (жесты, мимика), зрительный контакт, имеются возгласы с целью привлечь внимание, отсутствует разница в «понимании» речи и внятности произношения в аффективно индифферентных или значимых для ребенка ситуациях, «прорывов» в аффект слов, фраз, а так же эффективность логопедического вмешательства.

Аутизм и шизофрения.

Сходство: утеря навыков (регрессы в развитии речи, самообслуживании и т.д.); аутизм как симптом (наличие собственного мира, уход от контактов); наличие аутистических фантазий, которые часто путают с бредовыми.

Различие: при шизофрении регрессы не зависят от возрастных кризов и происходят, как правило, чаще, чем при аутизме; ярче выражен период нормального развития (при аутизме, если внимательно изучать анамнез – развитие искажено); уход от реальности носит активный характер, но формы контакта сохраняются (при аутизме уход от реальности носит характер недоразвития и формы контакта отсутствуют).

Дифференциальная диагностика основывается только на длительном наблюдении за динамикой состояния.

Наиболее актуальна ранняя дифференциальная диагностика **РАС и интеллектуальной недостаточности, задержки психического развития, нарушения развития речевой, сенсорной и моторной сфер.**

Если у ребенка с РАС имеются нарушения интеллектуального развития, нередко возникает вопрос о дифференциации с *интеллектуальной недостаточностью* или *тяжелой задержкой психического развития*.

Аутизм детей I группы, у которых имеется регрессивный характер дизонтогенеза, иногда приходится дифференцировать с *органической деменцией*.

Сходство этих нарушений развития – в распаде целенаправленной деятельности, потере речи, замене ее нечленораздельными звуками. При органической деменции распад речи носит характер ранней афазии, в то время как при данном аутистическом варианте наблюдается мутизм, который может «прорваться» целой фразой.

У аутичных детей II группы ошибочный диагноз *умственной отсталости* также обычно обусловлен их нарушениями адекватного взаимодействия с окружающим. На первый план выступают трудности привлечения их внимания к нужному предмету, сложности обучить простым бытовым навыкам, неразвернутость речи. Нарушения контактов со средой при интеллектуальной недостаточности будут выражены значительно меньше, чем уровень интеллектуального недоразвития; в то же время привязанность к матери не будет достигать экстремальной степени, как при аутизме.

Аутичные дети III группы по Никольской, обладающие хорошей речью, склонностью к фантазиям, достаточными ориентацией и навыками, обычно не требуют дифференциации с интеллектуальной недостаточностью.

Неправильной постановке диагноза интеллектуальной недостаточностью, а чаще задержки психического развития у аутичных детей IV группы могут способствовать их пассивность, слабость реакции на окружающее, бедность речи. Но при налаживании контактов с таким ребенком, обнаруживаются достаточная наполненность его внутреннего мира, часто наличие интеллектуальных интересов, эмоциональная чуткость.

Особенно показательна дифференциальная диагностика II и IV групп РДА и интеллектуальной недостаточности при анализе динамики психического развития ребенка на протяжении 1-2-го года жизни. У аутичных детей раньше формируется речь, предпосылки познавательных процессов и позже – моторная сфера. При интеллектуальной недостаточности двигательная сфера, как правило, развивается все же быстрее грубо запаздывающей интеллектуальной.

В целом, отличие аутичного ребенка от ребенка с интеллектуальной недостаточностью именно в значительно большей отрешенности от окружающего, отсутствие зрительного контакта.

Также трудности возникают и **при педагогическом** обследовании аутичного ребенка. Они связаны не только с трудностями установления эмоционального контакта, с частой невозможностью произвольно сосредоточить ребенка на задании. Ловкий в своих движениях, он проявляет неуклюжесть в выполнении заданий, чисто произнеся длинную «глубокомысленную» фразу, он тут же затрудняется ответить на простейший вопрос. Часто кажется, что такой ребенок просто не хочет контактировать с учителем. Все это затрудняет педагогическую оценку его уровня знаний и умений. Возможны как недооценка, так и переоценка возможностей ребенка. В обоих случаях это вредно для ребенка.

Содержание педагогического обследования двух данных категорий

детей зависит от возраста ребенка, уровня его актуального развития.

О.С.Никольская считает, что можно получить более адекватное представление о ребенке, если организовать ситуацию обследования более гибко, чем обычно. Учитывая его трудности в установлении контакта, страх новой ситуации, можно родителям присутствовать при обследовании как привычную ситуацию, возможно, как поход «в гости». Надо не торопиться с прямым обращением к ребенку, дать ему время освоиться, проявить инициативу в контакте.

Большой упор должен делаться на опосредованную организацию ребенка с помощью среды, когда сама структура пространства, инструмент, игрушка провоцируют его на выполнение задания.

Прежде всего, ребенку дается возможность проявить себя в ситуации, хорошо организованной зрительным полем, - в невербальных задачах дополнения, соотнесения, сортировки, конструирования, в них такой ребенок может иметь успех. Подключившись к этой деятельности, педагог может оценить способность ребенка подражать, использовать подсказку, принимать другие виды помощи, устанавливать вербальное взаимодействие, произвольно выполнять указания учителя.

Используя стереотипный интерес для объединения внимания с ребенком, педагог может подойти к изучению возможности усложнения взаимодействия. В этих случаях важна как оценка самого интеллектуального уровня стереотипного интереса ребенка, так и оценка заинтересованности в предмете, восприятия новой информации – возможности организации диалога.

Результаты, полученные в ситуации произвольной организации, отражают существующие в настоящее время возможности обучения, социальной организации ребенка. Достижения ребенка в его спонтанной деятельности, в русле его стереотипных интересов дают информацию о возможных направлениях коррекционной работы.