

От чего следует отличать РАС

Порой РАС можно спутать с некоторыми другими встречающимися у детей проблемами.

Во-первых, у почти каждого аутичного ребенка в младенчестве подозревают **глухоту или слепоту**. Эти подозрения вызваны тем, что он, как правило, не откликается на свое имя, не следует указаниям взрослого, не сосредоточивается с его помощью. Однако подобные подозрения быстро рассеиваются, поскольку родители знают, что отсутствие реакции на социальные стимулы часто сочетается у их ребенка со «сверхочарованностью» определенными звуковыми и зрительными впечатлениями, вызванными, например, восприятием шуршания, музыки, света лампы, теней, узора обоев на стене – их особое значение для ребенка не оставляет у близких сомнений, что он может видеть и слышать.

Тем не менее, само внимание к особенностям восприятия такого ребенка вполне понятно. Более того, существуют аргументированные предложения ввести в основные клинические критерии синдрома детского аутизма аномальность реакции на сенсорные раздражители. Аномальность в данном случае – это не просто отсутствие реакции, а ее необычность: сенсорная ранимость и игнорирование стимула, парадоксальность ответа или «сверхочарованность» отдельными впечатлениями.

Важно также помнить о характерном различии реакций на социальные и физические стимулы. Для нормального ребенка социальные стимулы чрезвычайно важны. Он прежде всего отзывается на то, что исходит от другого человека. Аутичный ребенок, наоборот, может игнорировать близкого человека и чутко откликаться на иные стимулы.

С другой стороны, в поведении детей с нарушениями зрения и слуха также могут отмечаться однообразные действия, такие, как раскачивание, раздражение глаза или уха, перебирание пальцами перед глазами. Так же, как и в случаях детского аутизма, эти действия несут функцию аутостимуляции, компенсирующей недостаточность реального контакта с миром. Однако мы не можем говорить о детском аутизме, пока стереотипность в поведении не сочетается с трудностями в установлении эмоционального контакта с другими людьми, разумеется, на доступном ребенку уровне, с помощью доступных ему средств. Необходимо также отметить, что возможно действительное сочетание детского аутизма или, по крайней мере, аутистических тенденций с нарушениями зрения и слуха. Так бывает, например, при врожденной краснухе. В подобных случаях стереотипность поведения соединяется со сложностями в общении даже на самом примитивном уровне. Сочетание аутизма и сенсорных нарушений особенно затрудняет коррекционную работу.

Во-вторых, часто возникает необходимость соотнести детский аутизм и **умственную отсталость**. Мы уже упоминали, что детский аутизм может быть связан с разными, в том числе очень низкими, количественными показателями умственного развития. По крайней мере две трети детей с аутизмом при обычном психологическом обследовании оцениваются как умственно отсталые (а половина из этих двух третей – как глубоко умственно отсталые). Необходимо, однако, понимать, что нарушение интеллектуального развития при детском аутизме имеет качественную специфику: при количественно равном коэффициенте умственного развития ребенок с аутизмом по сравнению с ребенком-олигофреном может проявлять гораздо большую сообразительность в отдельных областях и значительно худшую адаптацию к жизни в целом. Его показатели по отдельным тестам будут сильно отличаться друг от друга.

Чем ниже коэффициент умственного развития, тем отчетливей будет разница между результатами в вербальных и невербальных заданиях в пользу последних.

В случаях депривации у детей с глубокой умственной отсталостью возможно развитие специальных стереотипов аутостимуляции, например раскачивания, как это бывает и в случае депривации у детей с сенсорными нарушениями. Решение вопроса о том, имеем ли мы дело с детским аутизмом, как и в первом случае, потребует проверки: сочетается ли это проявление стереотипности в поведении ребенка с невозможностью установления с ним эмоционального контакта на самом простом и, казалось бы, доступном ему уровне.

В-третьих, в некоторых случаях необходимо отличать речевые трудности при детском аутизме от **других нарушений речевого развития**. Часто первые тревоги возникают у родителей аутичных детей именно в связи с необычностью их речи. Странная интонация, штампы, перестановка местоимений, эхолалии – все это проявляется так ярко, что проблем дифференциации с другими речевыми расстройствами, как правило, не возникает. Однако в некоторых, а именно самых тяжелых и самых легких, случаях детского аутизма трудности все же возможны.

В самом тяжелом случае – случае мутичного (не пользующегося речью и не реагирующего на речь других) ребенка может встать вопрос о моторной и сенсорной алалии (отсутствии речи при нормальном слухе и умственном развитии; моторная алалия – невозможность говорить, сенсорная – непонимание речи). Мутичный ребенок отличается от страдающего моторной алалией тем, что иногда может произвольно произносить не только слова, но даже сложные фразы. Труднее решить вопрос о сенсорной алалии. Глубоко аутичный ребенок не сосредоточивается на обращенной к нему речи, она не является инструментом организации его поведения. Понимает ли он то, что ему говорят, сказать трудно. Опыт показывает, что даже если он и пытается сосредоточиться на инструкции, то не удерживает ее в сознании целиком. В этом он сходен с ребенком, испытывающим трудности в понимании речи. С другой стороны, аутичный ребенок может иногда адекватно воспринимать и учитывать в поведении относительно сложную информацию, полученную из речевого сообщения, обращенного к другому человеку.

Самым же главным идентифицирующим признаком является характерное для глубоко аутичного ребенка глобальное нарушение коммуникации: в отличие от ребенка с чисто речевыми трудностями, он не пытается выразить свои желания вокализацией, взглядом, мимикой или жестами.

В наиболее легких случаях детского аутизма, когда вместо полного отсутствия коммуникации наблюдаются лишь связанные с ней затруднения, возможны проявления самых разных речевых нарушений. В подобных случаях можно обнаружить явные проблемы с восприятием речевой инструкции, общую смазанность и нечеткость произношения, запинки, аграмматизмы (нарушения грамматического строя речи), трудности в построении фразы. Все эти проблемы возникают именно при попытке ребенка вступить в коммуникацию, организовать целенаправленное речевое взаимодействие. Когда же высказывания автономны, ненаправлены, штампованы, тогда речь может быть более чистой, фраза более правильной. При дифференциации в таких случаях следует отталкиваться именно от сравнения возможностей понимания и использования речи в ситуациях аутостимуляции и направленного взаимодействия.

При дифференциальной диагностике необходимо также учитывать более общие характеристики поведения. В попытках коммуникации аутичный ребенок будет проявлять сверхзастенчивость, заторможенность, повышенную чувствительность к

взгляду другого человека, тону его разговора. Он будет стремиться к общению в привычной и ритуализированной форме и теряться в новой обстановке.

В-четвертых, как для профессионалов, так и для родителей важно **разграничивать детский аутизм и шизофрению**. С их смешением связано множество не только профессиональных проблем, но и личных переживаний в семьях аутичных детей.

Западными специалистами связь детского аутизма и шизофрении полностью отрицается. Известно, что шизофрения является наследственным заболеванием. Проведенные исследования показали, что среди родственников аутичных детей нет накопления случаев заболевания шизофренией. В России же до недавнего времени между детским аутизмом и детской шизофренией в большинстве случаев просто ставился знак равенства, что тоже подтверждалось многочисленными клиническими исследованиями.

Это противоречие разъяснится, если мы учтем отличия в понимании шизофрении в разных клинических школах. Большинство западных школ определяет ее как болезненный процесс, сопровождающийся острыми психическими расстройствами, включающими галлюцинации. Господствовавшие же до недавнего времени российские психиатрические школы относили к шизофрении и вялотекущие болезненные процессы, нарушающие психическое развитие ребенка. При первом понимании связь с аутизмом действительно не прослеживается, при втором – детский аутизм и шизофрения могут пересекаться.

Ребенок, страдающий шизофренией (в традиционном отечественном понимании этого слова), может не иметь трудностей, специфичных для синдрома детского аутизма. Здесь дифференциации поможет опора на основные критерии синдрома. Развести «стабильные» и «текущие» формы внутри самого синдрома детского аутизма позволяет длительное наблюдение за развитием ребенка. Наличие периодов не обусловленного извне обострения (нарастания проблем ребенка) может свидетельствовать в пользу заболевания шизофренией.

Диагноз, при котором аутизм трактуется как психическое заболевание, воспринимается родителями, а зачастую и педагогами как жестокий приговор возможности успешного психического развития и социальной адаптации ребенка. При таком понимании под сомнение ставится результативность коррекционной работы, обучения и воспитания: «Стоит ли работать, на что можно надеяться, если движение болезненного процесса будет постоянно разрушать плоды наших усилий?» Наш опыт показывает, что тяжесть проблем ребенка, прогноз его развития не следует ставить в прямую зависимость от поставленного медицинского диагноза. Мы знаем случаи, когда работа с ребенком идет очень трудно, несмотря на отсутствие обострений, и, наоборот, известны случаи достаточно быстрого продвижения даже при регулярно наступающих ухудшениях состояния. В трудный период ребенок ничего не теряет полностью. Он может временно перестать пользоваться усвоенными навыками, перейти на более низкий уровень адаптации, однако эмоциональный контакт, поддержка близких позволяют ему быстро восстановить достигнутый ранее уровень, а затем и двигаться дальше.

Наконец, в-пятых, необходимо остановиться на различии синдрома детского аутизма и **нарушений общения, обусловленных особыми условиями жизни, воспитания ребенка**. Такие нарушения могут возникнуть, если еще в раннем возрасте ребенок лишен самой возможности установить эмоциональный контакт с близким человеком, т. е. в случаях так называемого детского госпитализма.

Известно, что нехватка эмоциональных контактов с людьми, недостаток впечатлений часто вызывают серьезную задержку психического развития у детей, воспитывающихся в домах ребенка. У них возможно также развитие особой стереотипной активности, призванной компенсировать недостаток контактов с миром. Однако стереотипные действия не носят при госпитализме такого изощенного характера, как при детском аутизме: это может быть, скажем, просто упорное раскачивание или сосание пальца. Принципиально здесь то, что ребенок с госпитализмом, попав в нормальные условия, может компенсироваться, по сравнению с аутичным, гораздо быстрее, поскольку у него отсутствуют внутренние препятствия для эмоционального развития.

Другой причиной психогенного нарушения общения может быть отрицательный невротический опыт ребенка: перенесенная травма, несостоятельность во взаимодействии с другим человеком. Конечно, такой опыт может получить любой ребенок с повышенной ранимостью. И все же это не детский аутизм, потому что нарушение общения здесь, как правило, избирательно и касается именно отдельных, тяжелых для ребенка ситуаций. Даже если невротический опыт повлек за собой избирательный мутизм, т. е. мутизм, проявляющийся лишь в особых обстоятельствах (во время ответа на уроке, при общении с чужими взрослыми и т. д.), то и тогда у ребенка с нарушениями психогенного характера контакт с близкими, с детьми в игровой ситуации вполне сохраняется. В случае же детского аутизма возможность коммуникации нарушена в целом, причем наиболее трудна для таких детей организация как раз необязательных игровых контактов со сверстниками.