

Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра

Диана Геннадьевна Губина

заместитель директора по коррекционно-методической работе,
учитель-дефектолог

Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра

Дифференциальная диагностика РАС представляет большую сложность как с практической, так и с теоретической точек зрения. Это обусловлено рядом моментов, среди которых наиболее существенными представляются следующие:

1. Известно, что основным дизонтогенетическим механизмом при РАС является асинхрония развития, то есть некоторые психические функции развиваются ускоренно, тогда как другие — замедленно, причем для каждой из них степень и направленность отклонений от типичных темпов развития может быть весьма различной. В этих условиях межфункциональные связи неизбежно формируются искаженно, что в совокупности приводит к исключительной клинической картине РАС, которая нередко в той или иной степени напоминает другие психические расстройства и отражает сложность структуры дефекта.

2. При аутистических расстройствах, как ни при каком другом нарушении психического развития, мы сталкиваемся с разнообразием дизонтогенетических механизмов. Хотя общепринято рассматривать детский аутизм как клиническую модель искаженного психического развития, практически всегда, могут обнаруживаться знаки психического недоразвития, задержки, дисгармоничности развития. Это существенно осложняет дифференциальную диагностику, но делает ее в еще большей степени необходимой.

3. Опыт показывает, что с течением времени становится все больше осложненных, атипичных форм нарушения развития, что существенно затрудняет дифференциальную диагностику РАС.

4. К преходящим, но вполне понятным и объяснимым, исходя из жизненных реалий, и очень существенным моментам следует отнести:

- недостаточную информированность педагогов, психологов и населения в целом о РАС;
- четко обозначившуюся в последние годы «моду» на аутизм, и, как следствие, гипердиагностику РАС.

Дифференциальная диагностика РАС не должна рассматриваться в отрыве от всего диагностического процесса, и очень часто альтернативная постановка вопроса — или РАС или что-то еще (олигофрения, алалия, глухота и т.д.) — является неправомерной. На практике приходится решать следующие вопросы:

- 1) есть ли в клинической картине нарушения развития у данного ребенка аутистический компонент;
- 2) какое место в структуре нарушения развития он занимает;
- 3) какие конкретные меры организационного, методического характера должны быть приняты для обеспечения максимально эффективной комплексной лечебно-коррекционной работы.

Дифференциальная диагностика аутистических расстройств и умственной отсталости

70—75% детей с аутизмом страдают той или иной степенью интеллектуальной недостаточности. В разработке коррекционных воздействий, направленных на возможно более полную интеграцию детей и подростков с аутизмом в общество, работа по развитию интеллекта играет очень большую роль, особенно если учесть, что уровень развития интеллекта является главным фактором при выборе многих параметров обучения.

Можно выделить три основных варианта связи аутистических проявлений и интеллектуальных нарушений.

1. Интеллектуальная недостаточность являлась следствием аутистической отгороженности ребенка от окружающего, когда аутистический барьер лишал развивающуюся психику необходимого притока сенсорной, аффективной, когнитивной информации. Правильная и своевременная коррекция аутистических расстройств, хотя бы частичное преодоление аутистического барьера становится в этом случае необходимым условием интеллектуального прогресса. Но для этого нужна ранняя правильная диагностика, раннее начало адекватной комплексной коррекции, взаимопонимание специалистов и семьи, единство их усилий, достаточный уровень толерантности общества...

2. В ряде случаев мы встречаемся с отдельными аутистическими проявлениями у детей с тяжелыми интеллектуальными нарушениями, возникающими из-за невозможности интеллектуальной переработки поступающей эмоциональной информации, что нередко приводит к стереотипиям, сложностям в контактах, характерным сенсорным проявлениям. И если правильно структурировать окружающую среду, уделить ребенку достаточно внимания, стимулировать развитие его навыков и умений с учетом зоны ближайшего развития, создать вокруг такого ребенка теплую, аффективно благоприятную атмосферу, — и тогда занятия, как правило, становятся вполне результативными в меру глубины интеллектуального дефекта, наличия осложняющих синдромов, психического возраста и других факторов.

3. И третий вариант, когда аутистические расстройства и интеллектуальная недостаточность являются компонентами сложного дефекта. У таких детей всегда имеется органическое поражение головного мозга того или иного происхождения. Коррекционная работа в таких случаях исключительно трудна, поскольку составляющие сложного нарушения (аутизм и интеллектуальное недоразвитие) во многом усугубляют тяжесть проявлений друг друга, существенно затрудняя психолого-педагогическое вмешательство. Разграничение формы умственной отсталости и атипичного аутизма с умственной отсталостью всегда вызывает значительные трудности, а в некоторых случаях весьма проблематично.

Так или иначе, но выбор ведущего коррекционного подхода во всех случаях должен учитывать разные стороны сложного комплекса особенностей развития ребенка — как внутренних, так и социально обусловленных.

При аутизме понятие степени выраженности расстройств по-настоящему не разработано, поэтому используем классификацию О.С. Никольской.

Глубокую умственную можно сравнивать с I группой аутистического дизонтогенеза, тяжелую — с I—II группами, умеренную — со II или (редко) с IV, легкую — с ГУ (редко с III).

Сравнительная характеристика аутистических расстройств и умственной отсталости

А Первая группа сравнения

Уровень оценки интенсивности средовых воздействий

Сходство	Различие
<ul style="list-style-type: none"> -Отсутствует или слабо выражен комплекс оживления. -Нет ответа на улыбку, слабая реакция на человека вообще, не выделяют мать и других близких. -Выражения желаний и неудовольствия не дифференцированы. -Отсутствует речь. -Трудно формируются навыки опрятности, самообслуживания, бытовые навыки. -Поведение носит «полевой» характер. 	<p>При РАС (в отличие от УО):</p> <ul style="list-style-type: none"> -больше степень отрешенности от окружающего, труднее устанавливается зрительный контакт; -слабее выражены витальные потребности; -более резкая и менее адекватная реакция на изменение окружающего; -лучше развита ориентировка в пространстве; -пластичность, необычность движений спонтанной и произвольной двигательной активностью (при УО: суетливая бесцельная расторможенность или адинамия).

Если аутистические проявления есть, то вопрос сужается к дифференциации двух вариантов: аутизм плюс умственная отсталость или вторичная аутизация при умственной отсталости.

Б. Вторая группа сравнения

Во второй группе сравнения следует обратить внимание на характер и структуру интеллектуальной недостаточности, а также на особенности стереотипий. Именно в этой группе сравнения как в случае РАС (чаще), так и при умственной отсталости (реже) характерна сложная структура интеллектуальных нарушений, то есть причиной последних может быть не только органическое поражение головного мозга, но и ограничение поступления необходимой для развития интеллекта информации.

Уровень аффективных стереотипов.

Сходство	Различие
<ul style="list-style-type: none">-Нарушение адекватности взаимодействия с окружающим-Трудности привлечения внимания к нужному предмету или явлению.-Сложность обучения даже простым бытовым (а часто и гигиеническим) навыкам, самообслуживанию.-Выраженная стереотипность поведения, однообразие, манипулятивность, примитивность игры.-Нарушение и выраженная задержка в речевом и моторном развитии.	<p>При РАС (в отличие от УО) отмечаются:</p> <ul style="list-style-type: none">-более стойкие и разнообразные стереотипии;-в речи (помимо задержки развития) — своеобразие просодики, неологизмы, отставленные и смягченные эхолалии, иногда повышенный интерес к знаку;-больше степень нарушений контакта со средой;-страхи непонятны по генезу, часто неадекватны и очень стойки;-привязанность к матери нередко носит характер симбиоза;-в динамике развития могут быть внешне немотивированные периоды регресса (при УО они связаны с понятными причинами).

Дифференциация РАС и умственной отсталости во второй группе сравнения практически всегда требует внимательного наблюдения в ходе диагностического обучения на протяжении нескольких недель.

В. Третья группа сравнения

Уровень аффективной экспансии.

Сходство	Различие
-Формальность в контакте, холодность и безразличие к окружающим (даже к матери), отсутствие сострадания и сопереживания. -Хорошая механическая память. -Изобилие штампов в речи и др.	-Разный уровень интеллекта и обучаемости (особенно наглядно проявляется в условиях диагностического обучения).

Необходимость дифференциации умственной отсталости и РАС в рамках третьей группы возникает редко и только в возрасте 4-7 лет, при подготовке к школьному обучению. Различия касаются не только уровня интеллекта, но и заинтересованности в обучении, темпов формирования учебных навыков.

Г. Четвертая группа сравнения

Уровень коммуникации

Сходство	Различие
-Пассивность, недостаточная инициативность. -Невыраженность интересов. -Слабость реакции на окружающее. -Задержка развития тонкой (иногда также речевой и общей) моторики. -Нарушения речевого развития	При РАС характерны: -чуткость реакций на окружающее, сензитивность, особенно в отношении других людей; -закрытость внутреннего мира, часто наличие скрытых интеллектуальных интересов; -зависимость интеллектуальной продуктивности и поведения от внешних условий; -большое количество невротических и неврозоподобных расстройств.

В этой группе сравнения следует особо обратить внимание на выраженную сензитивность многих детей с РАС и обусловленную этим значительную зависимость поведения, эмоциональных реакций, продуктивности интеллектуальной деятельности от внешних условий. Недостаточное внимание к этой особенности легко ведет к серьезным диагностическим ошибкам и неверным организационным решениям. Чтобы снизить риск таких ошибок, необходимо:

А) внимательно относиться к информации, получаемой от родителей и других людей, хорошо знающих ребенка с аутизмом на протяжении длительного времени;

Б) увеличить продолжительность наблюдения;

В) установить взаимодействие или эмоциональный контакт с ребенком.

Д. Пятая группа сравнения

Эта группа сравнения выделяется скорее условно: необходимость в такой дифференциации на начальных этапах коррекционной работы возникает крайне редко: выйти на уровень символических регуляций удастся нечасто и не сразу, а если удастся, то сравнение с умственной отсталостью обычно нет необходимости.

Уровень символических регуляций

Сходство	Различие
Кроме некоторой замедленности реакций и замкнутости, закрытости внутреннего мира ничего общего практически нет.	Различия, прежде всего, касаются уровня интеллекта, его связей с другими сферами психики и влияния на развитие других психических функций

Дифференциальная диагностика аутистических расстройств и задержки психического развития

Не все формы ЗПР и РАС в равной мере актуальны в плане дифференциальной диагностики: об этом не может быть и речи в случае тяжелых форм РАС, сопровождающихся выраженной интеллектуальной недостаточностью; иное дело — относительно легкие, негрубые случаи детского аутизма.

Практически нет необходимости дифференцировать РАС и *неосложненный гармонический психический и психофизический инфантилизм (ЗПР конституционального генеза)*: яркость и живость эмоций в сочетании с поверхностностью переживаний, способность легко вступать в контакт и, в то же время, отсутствие глубоких эмоциональных связей с другими людьми резко отличают таких детей от аутистов. Увлеченность игрой, изобретательность и находчивость в игровых действиях несколько не похожи на однообразную, стереотипную, манипулятивную, лишенную сюжета игру ребенка с аутизмом. При этом виде ЗПР интеллектуальные функции, несмотря на легкую задержку, характеризуются относительной гармоничностью, в то время как характерной особенностью интеллекта детей с РАС является именно неравномерность развития отдельных функций.

Достаточно редко приходится дифференцировать РАС с *соматогенной ЗПР*. Главная причина необходимости такой дифференцировки — обусловленные соматической патологией явления у детей с ЗПР, что несколько напоминает свойственную большинству случаев РАС повышенную пресыщаемость и истощаемость. Такая астенизация сама по себе создает предпосылки для ограничения контактов с окружающим и благоприятствует аутизации. Однако при соматогенной ЗПР сохраняются избирательные, но эмоционально, личностно насыщенные сферы контакта с другими людьми (чаще близкими), понятные области интересов и привязанностей. Возможности взаимодействия с окружающими ограничены

и избирательны, что, однако, связано скорее не с пресыщением, а именно с астенизацией как фактором, ограничивающим, в первую очередь физические возможности. В доступных пределах дети заинтересованы в контактах (особенно с близкими, хорошо знакомыми людьми) и адекватны.

Обоим сравниваемым группам свойственна также высокая частота хронических соматических заболеваний (аллергические расстройства, хронические инфекции). Однако, тревожность и страхи, часто встречающиеся при ЗПР, в отличие от РАС, понятны и объяснимы, они лежат в русле вызвавшей ЗПР соматической патологии и связанных с ней обстоятельств.

Необходимость дифференциальной диагностики некоторых вариантов РАС и *психогенной ЗПР* также возникает редко и бывает обусловлена наличием таких общих признаков, как страхи, тревожность, поверхностность и/или ограниченностью контактов, отсутствием глубоких эмоциональных привязанностей, не выраженностью интересов и склонностей и др.

Энцефалопатические нарушения, присущие детям с *ЗПР церебрально-органического генеза*, в сочетании с задержанным развитием, нередко создают впечатление искаженности и повышенной пресыщаемости, что иногда может напоминать РАС.

Не останавливаясь на деталях, можно сказать, что главным критерием дифференциальной диагностики всех видов ЗПР с РАС являются различия в коммуникативности (потребность в общении и развитость навыков общения) и игровой деятельности.

Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра и детского церебрального паралича

Необходимость дифференциальной диагностики РАС и детского церебрального паралича (ДЦП) возникает довольно часто, причем и в этом случае диагностика не должна строиться по альтернативному принципу (или РАС, или ДЦП). Это связано с тем, что в клинической картине аутизма довольно значительное место принадлежит двигательным расстройствам, а в психопатологической структуре ДЦП — различным истинно аутистическим явлениям, чаще — вторичной аутизации; кроме того, нередки случаи сложного дефекта.

Проявления двигательных расстройств при обеих аномалиях развития в определенной степени сходны: это нарушения мышечного тонуса, ритмичности и выразительности движений, недоразвитии синхронных движений рук и ног при ходьбе, нарушения формирования выразительных движений, в первую очередь мимических, насыщенных смыслом и этим близких к речи.

Сравнительная характеристика некоторых симптомов
РАС и ДЦП

Параметры	РАС	ДЦП
Общий характер симптоматики	Диссоциированный (часты полярные проявления синдрома: ступор-возбуждение, страх — «бесстрашие» и т.п.)	Однородный, как правило, непротиворечивый
Сложность моторной задачи	С двигательной сложными, но аффективно значимыми задачами ребенок справляется лучше, чем с более легкими, но безразличными или неприятными	Трудности нарастают по мере усложнения моторного компонента задачи
Речевые нарушения	Функциональные дислалии, псевдодизартрические состояния, проявления которых часто непостоянны и зависят от ситуации	Различные виды дизартрии, алалии, органические дислалии
Ориентировка в пространстве	Трудности в связи с нарушениями активного внимания и гиперселективностью восприятия	Трудности в силу нарушений пространственного гнозиса.

Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра с сенсорными и речевыми нарушениями

Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра и стойких нарушений зрения

Как показывает статистика, возникновение нарушений зрения и РАС вряд ли связаны между собой, поскольку классический аутизм у незрячих встречается с той же частотой, что и в общей популяции, то есть, по-видимому, на основе случайного совпадения.

В то же время, при стойких нарушениях зрения возникает тенденция к аутизации, а одним из вариантов невротического типа формирований при стойких нарушениях зрения является аутистический вариант. В последнем случае, в отличие от типичного аутизма, отсутствует тотальность аутистических проявлений: такие люди в среде близких общительны, очень ценят заботу и внимание, стараются быть благодарными. В то же время, в основном они замкнуты и формальны в контакте, у них отмечается выраженное патологическое фантазирование, напоминающее слабой связью с реальностью аутистические фантазии.

Как в случае сложного нарушения, так и при формировании аутистических черт личности у незрячих и слабовидящих, использовать в работе с такими детьми методы коррекции РАС представляется вполне естественным и необходимым.

Значительно реже (в основном на первом году жизни) некоторых родителей детей, у которых в дальнейшем установлен диагноз РАС, беспокоит, что малыш не фиксирует взгляд на лице мамы, на игрушке, на всем, что мы используем, чтобы привлечь его внимание. Эти трудности часто вызывают подозрения о несостоятельности зрительной функции, и выяснить реальное состояние зрения можно двумя путями:

1) через использование объективных офтальмологических методик (что не всегда возможно в раннем возрасте) и

2) путем направленного наблюдения. В последнем случае часто обнаруживается, что ребенок, который не фиксирует взгляд на лице другого человека, не устанавливает контакт «глаза в глаза», не отслеживает перемещения игрушек в руках взрослого, часто может не только реагировать на зрительные раздражители (свеча, пятно света, облака и т.п.), но и отслеживает их перемещения.

Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра и нарушений слуха

Как правило наличие стойких нарушений слуха специалисты и родители подозревают не менее, чем у 10% детей с аутизмом, однако при объективной аудиометрии и при более внимательном направленном психолого-педагогическом наблюдении глухоту или тугоухость подтвердить, как правило, не удаётся. Беспокойство родителей и специалистов вызывает нетипичная реакция на звуковые раздражители: сверхчувствительность к некоторым звукам, отсутствие или слабая реакция на заведомо сильные звуки, иногда — парадоксальный слух. Для решения вопроса о наличии или отсутствии стойких нарушений слуха оказывается достаточным внимательного наблюдения за реакцией на неодинаковые по силе, частоте и тембру звуковые раздражители в разных условиях (эмоционального комфорта или дискомфорта, возбуждения, усталости и т.д.).

Другой аспект проблемы состоит в том, что при стойких нарушениях слуха нередко развиваются симптомы вторичной. В этих случаях на первый план выходит не столько дифференциальная диагностика, сколько определение места аутистических расстройств в общей структуре нарушений развития и — как итог — введение соответствующего раздела в комплексную коррекционную программу.

Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра и тяжелых нарушений речи

Особые речевые расстройства являются одним из важных компонентов аутистического синдрома, спектр этих нарушений чрезвычайно широк и разнообразен. В то же время, у детей с алалией, тяжелыми формами дизартрий, открытой ринолалией нередко встречаются аутистические расстройства различной природы, место которых в общей структуре нарушений может быть очень разным, от сочетанных форм до вторичной аутизации. В связи с этим, дифференциальная диагностика речевых аутистических нарушений не должна строиться по альтернативному типу («или — или»).

Если взять крайние варианты (РАС и собственно речевые нарушения) при РАС мы всегда сталкиваемся с теми или иными проявлениями искажения речевого развития вне зависимости от наличия или отсутствия других механизмов — недоразвития, задержки и т.д.

При собственно речевых нарушениях (без аутистического компонента) ребенок страдает речью как ведущим коммуникативным каналом, но не страдает сама потребность в коммуникации и возможность общения. Например, дети с алалией смотрят в глаза собеседнику, внимательно следят за артикуляцией, используют жест, мимику и другие паралингвистические средства для того чтобы понять другого человека и быть понятым.

Если речевая патология проявляется рано и достаточно выражена, может нарушаться развитие не только речевой коммуникации, но и сама потребность в общении, что поначалу лишь имитирует аутистические черты, но в отсутствие адекватной коррекции может закрепляться и приобретать стойкий характер. Это существенно осложняет не только дифференциальную диагностику, но и коррекционный процесс, потому что вне зависимости от природы аутистических проявлений они затрудняют контакт с ребенком, следовательно, ограничивают (или даже исключают) возможность обучения. В связи с этим оптимальным решением и диагностическим, и коррекционным проблем представляется диагностическое обучение, которое следует начинать в возможно более раннем возрасте. Такое обучение может быть очень разным по продолжительности, часто весьма длительным. Оно определяется многими факторами (выраженность расстройств, их структура, возраст ребенка, наличие осложняющих симптомов и синдромов и др.).

Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра и реактивных состояний

Реактивные состояния, прежде всего неврозы и невротические реакции рассматривают в связи с аутистическими расстройствами с самых разных позиций. Необходимость такой дифференциации возникает, прежде всего в случаях относительно легких аутистических расстройств, когда в клинической картине на первом плане не столько аутизм, сколько эмоциональная ранимость. В данном случае следует обратить внимание на несколько моментов.

Характерная для неврозов и невротических реакций зависимость клинических проявлений от характера психотравмы и возраста ребенка в случае РАС не соблюдается. Если, например, невротические реакции опираются на страхи возрастные и проявляются соответствующими клиническими формами: в младшем дошкольном возрасте наиболее типичным мотивом является страх одиночества («быть ни с кем», проявляющийся в форме истерического невроза; в младшем школьном возрасте — страх несоответствия («быть не тем»), проявляющийся в форме неврастения, то при РАС эта зависимость прослеживается значительно слабее, а в случае тяжелых форм фактически отсутствует. Многие дети с аутизмом любят находиться в темном помещении.

Дифференциальная диагностика расстройств аутистического спектра и эпилепсии

Как показывают клинические наблюдения, к 16—18 годам при Р 30—35% случаев развиваются различные варианты эпилептиформных расстройств. В части случаев они проявляются в первые годы жизни после лечения прекращаются. У некоторых детей клинических проявлений эпилепсии не отмечается, но на ЭЭГ обнаруживаются признаки эпилептической готовности. Дальнейшая динамика этих явлений различна и зависит только от особенностей мозговых нарушений, своевременности адекватности и последовательности лечебных мероприятий, но и условий воспитания и обучения.

Однако, если речь идет именно о дифференциальной диагностике, при подчеркнутой схожести всегда есть и черты различия. Например, феномен тождества при аутистических расстройствах и педантичность эпилепсии действительно в чем-то схожи, но есть и определенные различия (низкий тонус и аутоstimуляция в первом случае и вязкость психических процессов в другом). Нередко эти различия становятся достаточно определенными лишь с возрастом.

Сравнительная характеристика некоторых клинических особенностей аутистических расстройств и эпилепсии

Признак	Детский аутизм	Эпилепсия
Основные черты поведения	Стереотипное, однообразное поведение, феномен тождества Агрессия при нарушении стереотипа. Чувство привязанности развито слабо.	Педантизм, пунктуальность Агрессия в рамках дисфории в более старшем возрасте чаще по отношению к более слабым. Чувство привязанности развито сильно; биполярность аффекта В дошкольном возрасте любимые игрушки маленького размера «мельчат» при рисовании, письме.
Общение	Нарушения контакта с другими людьми (избегание, безразличие, формальность)	Эгоцентризм, эгоизм
Мышление	В части случаев - «застывание» на объектах особого интереса,	Тугоподвижность, инертность, трудная переключаемость, недостаточная способность

Динамика	Разнообразная: эволютивная, приступообразная	От эволютивной до выраженной прогрессивной
Восприятие	Симультанность, фрагментарность, гиперсензитивность, трудности усвоения	Трудности выделения главного и второстепенного в смысле впечатлений
Речь	Разнообразные нарушения; основная черта – некоммуникативность	Речь замедленная, детализированная, с большим количеством уменьшительно ласкательных суффиксов
Интеллект	Количественно различный (70-75% — снижен), неравномерный, нарушен социальный интеллект	Часто формально сохранен, иногда (при неблагоприятном течении) концентрическая деменция
Интересы	Причудливые, вычурные, необычные, в тяжелых случаях не выражены или даже отсутствуют	Чаще в русле эгоцентризма, эгоизма, достаточно утилитарные

Задача дифференциальной диагностики РАС и эпилепсии не должна сводиться к альтернативной постановке вопроса, но становится качественной: определение структуры нарушений, их природы для выбора оптимальных средств медикаментозного лечения и психолого-педагогической коррекции.

О взаимосвязи расстройств аутистического спектра и шизофрении

На ранних этапах изучения аутизма его принадлежность к шизофреническому кругу расстройств считалась несомненной. В детском возрасте аутизм вызывает столь выраженные нарушения психического развития во всех сферах психики, что строгая нозологическая принадлежность отодвигалась на второй план. Это особенно очевидно в связи с тем, что психопедагогические методы являются при РАС ведущим направлением коррекции, и аутизм у детей следует рассматривать не как чисто психиатрическую, но скорее как медико-педагогическую и социально-психологическую категорию. В такой ситуации наиболее оправданной представляется прагматический подход: даже если мы видим аутизм в рамках текущего шизофренического процесса, это не только не исключает, но и требует своевременной соответствующей психолого-педагогической работы.