

Особенности психического развития детей с РДА

Диагноз РДА базируется на таких основных симптомах, как аутизм, склонность к стереотипиям, непереносимость изменений в окружающей обстановке, а также раннее, до 30-месячного возраста выявление специфических признаков дизонтогенеза.

Однако при наличии этой общности проявлений другие признаки обнаруживают значительный полиморфизм. Да и основные симптомы различаются как по особенностям характера, так и по степени выраженности. Все это определяет наличие вариантов с разной клинико-психологической картиной, разной социальной адаптацией, разным прогнозом.

Эти варианты требуют и разного коррекционного подхода, как лечебного, так и психолого-педагогического [17;21].

О.С. Никольской (1985–1987) выделены четыре основные группы РДА.

Основными критериями деления избраны характер и степень нарушений взаимодействия с внешней средой и тип самого аутизма.

У детей I группы речь на первом месте отрешенность от внешней среды, II – отвержение внешней среды, III – замещение внешней среды и IV свертормозимость ребенка окружающей его средой.

Как показали исследования, аутичные дети этих групп различаются по характеру и степени первичных расстройств, вторичных и третичных дизонтогенетических образований.

Дети I группы (8%) с аутистической отрешенностью от окружающего характеризуются наиболее тяжелыми нарушениями психического тонуса и произвольной деятельности. Их поведение носит полевой характер и проявляется в постоянной миграции от одного предмета к другому. Эти дети мутичны. Наиболее тяжелые проявления аутизма: дети не имеют потребности в контактах, не осуществляют даже самого элементарного общения с окружающими, не овладевают навыками социального поведения, самообслуживания. Это свидетельствует о раннем злокачественном течении шизофрении, часто осложненной органическим повреждением мозга.

Дети этой группы имеют наихудший прогноз развития, нуждаются в постоянном уходе и надзоре. При интенсивной психолого-педагогической коррекции у них могут быть сформированы элементарные навыки самообслуживания, могут освоить письмо, счет и даже чтение про себя.

Дети II группы (62%) с аутистическим отвержением окружающего характеризуются определенной возможностью активной борьбы с тревогой и многочисленными страхами за счет аутостимуляции положительных ощущений при помощи многочисленных стереотипий: двигательных (прыжки, взмахи рук и т.д.), сенсорных (самораздражение зрения, слуха, осязания) и т.д.

Внешний рисунок их поведения – манерность, стереотипность, причудливые гримасы и позы, походка, особые интонации речи. Эти дети не идут на контакт, отвечают односложно или молчат, иногда что-то шепчут.

Прогноз на будущее для детей данной группы лучше. При адекватной длительной коррекции они могут быть подготовлены к обучению в школе (чаще – в массовой, реже – во вспомогательной).

Дети III группы (10%) с аутистическими замещениями окружающего мира характеризуются большей произвольностью в противостоянии своей патологии, прежде всего страхам. Внешний рисунок их поведения ближе к психопатодобному. Характерна развернутая речь, при развернутом монологе очень слаб диалог. Эти дети менее аффективно зависимы от матери, не нуждаются в примитивном контакте и опеке.

Эти дети при активной медико-психолого-педагогической коррекции могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Дети IV группы (21%) характеризуются свертормозимостью. В их статусе на первом плане – неврозоподобные расстройства: чрезмерная тормозимость, робость, пугливость, особенно в контактах, чувство собственной несостоятельности, усиливающее социальную дезадаптацию. При плохом контакте со сверстниками они активно ищут защиты у близких. Формируются образцы правильного социального поведения, стараются быть

«хорошими», выполнять требования близких. Имеется большая зависимость от матери, чтобы постоянно "заряжаться" от нее [26;27;28].

Их психический дизонтогенез приближается, скорее, к своеобразной задержке развития с достаточно спонтанной, значительно менее штампованной речью.

Детей этой группы следует дифференцировать между вариантом синдрома Каннер как самостоятельной аномалией развития, реже – синдромом Аспергера как шизоидной психопатией. Эти дети могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

К.С. Лебединская на основе этиопатогенетического подхода выделяет пять вариантов РДА:

1. РДА при различных заболеваниях центральной нервной системы.
2. Психогенный аутизм.
3. РДА шизофренической этиологии.
4. При обменных заболеваниях.
5. При хромосомной патологии.

Автор считает, что РДА при различных заболеваниях ЦНС (органический аутизм) сочетается с теми или иными проявлениями психоорганического синдрома. Это проявляется в психической инертности у ребенка, в двигательной недостаточности, а также в нарушении внимания и памяти. Кроме того, у детей наблюдается рассеянная неврологическая симптоматика: признаки гидроцефалии, изменения по органическому типу на ЭЭГ, эпизодические судорожные припадки. Как правило, у детей наблюдаются задержки речевого и интеллектуального развития.

Психогенный аутизм характеризуется нарушением контакта с окружающими, эмоциональной индифферентностью, пассивностью, безучастностью, отсутствием дифференцированных эмоций, задержкой развития речи и психомоторики. В отличие от других вариантов РДА, психогенный аутизм при нормализации условий воспитания может исчезнуть. Однако в случае пребывания ребенка в неблагоприятных условиях

первые три года жизни аутистическое поведение и нарушение речевого развития становится стойким [12;29].

Дети с РДА шизофренической этиологии отличаются более выраженной отгороженностью от внешнего мира и слабостью контактов с окружающими. У них наблюдается выраженная диссоциация психических процессов, стирание границ между субъективным и объективным, погружение в мир внутренних болезненных переживаний и патологических фантазий, наличие рудиментарных бредовых образований и галлюцинаторных феноменов. В связи с этим их поведение отличается причудливостью, вычурностью, амбивалентностью. Кроме того, у детей может наблюдаться продуктивная психопатологическая симптоматика. Это проявляется в наличии постоянных страхов, в деперсонализациях, в псевдогаллюцинаторных переживаниях. Синдром раннего детского аутизма, в отличие от других аномалий развития, характеризуется наибольшей сложностью и дизгармоничностью как в клинической картине, так и в психологической структуре нарушений и является сравнительно редкой патологией развития. По данным исследования В.Е. Кагана, его распространенность колеблется от 0,06 до 0,17 на 1000 детей. Причем у мальчиков РДА встречается чаще, чем у девочек. Основными признаками РДА при всех его клинических вариантах являются:

1. Недостаточное или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими.
2. Отгороженность от внешнего мира.
3. Слабость эмоционального реагирования по отношению к близким, даже к матери, вплоть до полного безразличия к ним (аффективная блокада).
4. Неспособность дифференцировать людей и неодушевленные предметы. Нередко таких детей считают агрессивными: когда они хватают другого ребенка за волосы или толкают его, как куклу. Такие действия указывают на то, что ребенок плохо различает живой или неживой объект.

5. Недостаточная реакция на зрительные и слуховые раздражители заставляет многих родителей обращаться к офтальмологу или сурдологу. Однако на первый взгляд кажущиеся нам слабая реакция ребенка на зрительные или слуховые сигналы является ошибкой. Дети с аутизмом, наоборот, очень чувствительны к слабым раздражителям.

6. Приверженность к сохранению неизменности окружающего (феномен тождества по Л. Каннер).

7. Неофобии (боязнь всего нового) проявляются у детей аутистов очень рано. Дети не переносят перемены места жительства, перестановки кровати, не любят новую одежду и обувь.

8. Однообразное поведение со склонностью к стереотипным, примитивным движениям (вращение кистей рук перед глазами, перебирание пальцев, сгибание и разгибание плеч и предплечий, раскачивание туловищем или головой, подпрыгивание на носках и пр.).

9. Речевые нарушения при РДА разнообразны. В более тяжелых формах РДА наблюдается мутизм (полная утрата речи), у некоторых больных отмечается повышенный вербализм, который проявляется в избирательном отношении к определенным словам и выражениям. Ребенок постоянно произносит понравившиеся ему слова. Весьма характерным при РДА является зрительное поведение, что проявляется в непереносимости взгляда в глаза, "бегающий взгляд" или взгляд мимо. Для них характерно преобладание зрительного восприятия на периферии поля зрения. Например, от ребенка аутиста очень трудно спрятать необходимый ему предмет, и поэтому многие родители и педагоги отмечают, что "ребенок видит предметы затылком" или "сквозь стенку".

10. Однообразные игры у детей с РДА представляют собой стереотипные манипуляции с неигровым материалом (веревки, гайки, ключи, бутылки и пр.). В некоторых случаях используются игрушки, но не по назначению, а как символы тех или иных объектов. Дети с РДА могут часами однообразно вертеть предметы, переключать их с места на место,

переливать жидкость из одной посуды в другую. Дети с РДА активно стремятся к одиночеству, чувствуют себя заметно лучше, когда их оставляют одних. Контакт с матерью у них может быть различным. Наряду с индифферентностью, при которой дети не реагируют на присутствие или отсутствие матери, возможна также симбиотическая форма контакта, когда ребенок отказывается оставаться без матери, выражает тревогу в ее отсутствие, хотя никогда не бывает ласков с ней. Аффективные проявления у детей с РДА бедны и однообразны. Аффект удовольствия возникает у ребенка чаще всего, когда он остается один и занят описанными выше стереотипными играми.

Выделенные клинико-психологические варианты РДА отражают различные патогенетические механизмы формирования этого нарушения развития, разный характер генетического патогенного комплекса [18;34].

Таким образом, данные клинико-психические варианты РДА необходимо знать и учитывать при составлении индивидуального плана коррекции и психолого-педагогического сопровождения ребенка.

Аутизм, развивающийся у ребенка, начинает проявляться в возрасте 15-ти месяцев и полностью формируется к трем годам. Родители, взволнованные отсутствием у малыша интереса к различным занятиям и играм, должны проверить ребенка на наличие следующих симптомов:

1. Отказ от тактильного контакта с родителями.
2. Отсутствие речи к трем годам.
3. Ребенок предпочитает быть один, чем с кем-либо.
4. Ребенок отказывается контактировать с окружающим миром или не проявляет интереса к этому. У него отсутствуют или слабо развиты навыки невербального общения.
5. Малыш не смотрит в глаза.
6. Жесты странные и скорее нервные, чем выражающие что-то.
7. Ребенок говорит, но монотонно, как будто повторяет заученный текст.

8. Необычные сенсорные реакции (на голос, запах, вкус, прикосновение).

9. Аутизм может быть как мягким, так и в острой форме. У многих детей подобные аутизму симптомы проявляются после начала учебы в школе, но это нормально: ребенок привыкает к учебе, новым людям, школьной атмосфере.

Поведение детей с аутизмом характеризуется жесткой стереотипностью (от многократного повторения элементарных движений, таких, как потряхивания руками или подпрыгивания, до сложных ритуалов) и нередко деструктивностью (агрессия, самоповреждение, крики, негативизм и др.). Также определяют недоучет реальности, ограниченный и своеобразный, стереотипный круг интересов, отличающие таких детей от сверстников. Поведение определяют импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления; нередко поведению недостает внутренней логики.

У некоторых детей рано обнаруживается способность к необычному, нестандартному пониманию себя и окружающих. Логическое мышление сохранено или даже хорошо развито, но знания трудно репродуцируются и крайне неравномерны. Активное и пассивное внимание неустойчивы, однако отдельные аутистические цели достигаются с большой энергией.

Уровень интеллектуального развития при аутизме может быть самым различным: от глубокой умственной отсталости до одаренности в отдельных областях знаний и искусства; в части случаев у детей с аутизмом нет речи, отмечаются отклонения в развитии моторики, внимания, восприятия, эмоциональной и других сфер психики. Более 80% детей с аутизмом - инвалиды.

Исключительное разнообразие спектра нарушений и их тяжести позволяет обоснованно считать обучение и воспитание детей с аутизмом наиболее сложным разделом коррекционной педагогики [24;37].

У детей с РДА при общении отсутствует выразительная мимика, улыбка, радостный смех; отмечаются нарушения сна и с трудом

формируются навыки опрятности. Недостаточная реакция на мать может сменяться полной зависимостью от неё.

Поведение аутичного ребёнка противоречиво: с одной стороны у него присутствуют неадекватные страхи (боязнь определённых предметов), а с другой стороны практически полное отсутствие чувства реальной опасности (он может выбегать на проезжую часть, уходить далеко от дома...).

Социальному воздействию аутичного ребёнка с окружающими мешает негативизм – стремление постоянно противодействовать просьбам и желаниям окружающих его людей.

Часто родители, не понимая истинное состояние ребёнка, расценивают описанное выше поведение, как упрямство и силой пытаются заставить ребёнка подчиниться их воле. Такое поведение не приводит к положительным результатам, а может только ухудшить состояние малыша.