



Диагностика детей с РАС на ПМПК

Рожков О.П, кпсх, н, доцент, доцент кафедры
специального и инклюзивного образования
МСГУ, заслуженный работник образования
МО, психолог ЦПМПК



Hans Asperger
(1906-1980)

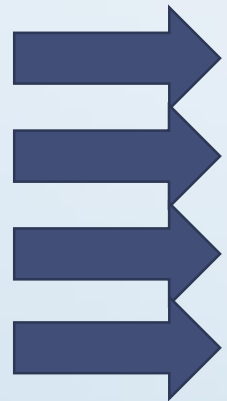
**Die 'Autistischen
Psychopathen' im
Kindesalter. *Archiv für
psychiatrie und
nervenkrankheiten* 1944,
117: 76–136**

Каннер 1894-1981 (Leo Kanner, 1943, 1956, 1971)

- «Эти дети родились с врожденной неспособностью устанавливать нормальные и биологически обусловленные эмоциональные контакты с другими людьми.»
- крайнее аутистическое одиночество
- непреодолимое навязчивое стремление к постоянству во внешнем окружении и к повторяющейся активности
- прекрасная механическая память
- реверсия местоимений, непосредственные и отсроченные эхолалии, неиспользование речи для коммуникации
- гиперчувствительность к сенсорным воздействиям
- ограниченность репертуара спонтанной активности
- хорошая способность решать сенсомоторные задачи, иногда – избирательные способности
- отсутствие неврологической патологии
- манифестация состояния – в раннем детстве, до 30 мес.

PDD, Pervasive Developmental Disorder

Аутизм – первазивное (проникающее, всеобъемлющее) расстройство развития, при котором затронуты:



аффективно-волевая сфера,
эмоционально-личностная сфера,
двигательная сфера,
познавательная сфера и речь.

Искаженное психическое развитие (В.В. Лебединский): нарушаются основы адаптации к среде, психическая активность больше служит защите, а не развитию активного взаимодействия со средой и людьми. Реальные отношения с окружением замещаются развитием средств стереотипной аутостимуляции, которая выполняет функции экранирования от травмирующих внешних впечатлений и поддержания необходимого уровня физиологического тонуса.

Существует историческое несоответствие между МКБ и DSM: МКБ немного отстает от DSM, потому что с 2012 года DSM издается в пятой версии, а 11-й пересмотр МКБ, который должен был появиться примерно в то же время, до сих пор задерживается. В результате этой задержки произошло рассогласование диагностических категорий двух классификаций. Если руководство DSM-IV соотносилось с МКБ-10, то с DSM-V будет конгруэнтна только МКБ-11. В результате получается, что на сегодняшний день мы имеем две несовпадающие международные классификации расстройств аутистического спектра. Говорить об этом необходимо, потому что по сути это две разные реальности. Тем не менее ожидается, что в 2018 году выйдет МКБ-11, в которой также будет два диагностических критерия РАС. Таким образом произойдет согласование международной и

МКБ-10 относит РАС к классу V — «психические расстройства и расстройства поведения», к блоку F80-89 — «расстройства психологического развития». Внутри этого блока расстройства спектра относятся к рубрике F84 («общие расстройства развития»), сюда входят: детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Ретта, детское дезинтегративное расстройство, гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями, синдром Аспергера, другие общие расстройства развития, общее расстройство развития, неуточненное. research.autism.help encyclopedia.autism.help

Подробнее см. в Аутизм. энциклопедия encyclopedia.autism.help research.autism.help encyclopedia.autism.help

В DSM-V классифицируется иначе (вероятно, так будет и в МКБ-11). Здесь четыре расстройства из DSM-IV (аутизм, синдром Аспергера, детское дезинтегративное расстройство и первазивное расстройство развития без дополнительных уточнений) были объединены в одно — расстройство аутистического спектра (299.00), которое соответствует рубрике 84.00 МКБ-10. В DSM-V также было выделено еще одно расстройство, которое своими проявлениями очень схоже и даже относится к РАС некоторыми профессиональными организациями — в частности, Autism Speaks. Это социально-коммуникативное (прагматическое) расстройство (в DSM-V — 315.39). В МКБ-10 оно относится к расстройствам развития речи и языка

Просматривая все версии DSM и МКБ, мы видим, как изменяется представление о РАС с накоплением эмпирического материала. После выхода DSM-III произошел необыкновенный скачок числа публикаций, посвященных РАС и другим сопряженным расстройствам, и на сегодняшний день количество работ исчисляется уже сотнями и тысячами. В них отражаются изменения в понимании РАС как учеными, так и практиками, которые занимаются этими расстройствами. Если в DSM-III входил только детский аутизм, то в пересмотренной версии руководства (DSM-III-R) аутизм уже присутствовал как расстройство, наблюдаемое на протяжении всей жизни, а не как расстройство, свойственное исключительно детскому возрасту.

в DSM-IV, а затем и в DSM-IV-R встречаются три диагностических критерия РАС: нарушения социального поведения, нарушения коммуникативного поведения и наличие стереотипий и манеризмов. аналогичные критерии присутствуют в МКБ-10. В DSM-V, на основе эмпирических работ и анализа данных о тысячах людей с РАС, два критерия (нарушения социального взаимодействия и коммуникативного поведения) были соединены в один, так как стало понятно, что хотя раньше они и разделялись, на самом деле такие нарушения являются проявлением чего-то одного, поэтому в DSM-V было выделено только два критерия для диагностики. Первый — это наличие дефицитов социальной и коммуникативной сфер, второй — это стереотипии и манеризмы, которые проявляются не только в моторике, но и в мыслительных процессах. Для постановки диагноза по DSM-V необходимо, чтобы человек демонстрировал три

ождается, что МКБ-11 пойдет по пути DSM-V и также сведет нынешние три критерия к двум. В России для постановки диагноза используется МКБ, поэтому необходимо подробнее рассмотреть, какие симптомы должен демонстрировать человек, чтобы получить диагноз РАС по этой классификации. Из трех основных критериев должно присутствовать по меньшей мере шесть симптомов, указанных в диагностическом списке. Как минимум два — из области социального взаимодействия, из двух других критериев — как минимум по одному. Если набор таких симптомов имеет место, можно поставить диагноз одного из типов РАС. Еще одно очень важное условие при постановке диагноза (своими корнями оно уходит в ранние работы Каннера и Аспергера и впервые было зафиксировано в DSM-I) заключается в том, что первые проявления РАС должны быть зарегистрированы до трехлетнего возраста. При этом сам диагноз можно получить и после трех лет — хоть в 100! Но симптомы должны появиться до этой важной возрастной границы.

Теперь обратимся к вопросу об инструментах. Одна из главных составляющих динамического наблюдения — это профессиональный осмотр и оценка педиатра; его способность слышать родителя и задавать вопросы таким образом, чтобы можно было как можно раньше выявить проблемы. В своей работе специалист пользуется целым набором опросников, которые должны заполнять сами родители. Существует список инструментов для выявления первых признаков РАС: CHAT, M-CHAT, CAST, GADS, CARS, ABC и т. д. Их много, они разные, у каждого есть свои плюсы и минусы, некоторые из них Американская ассоциация педиатров предписывает использовать в обязательном порядке. Главная характеристика любого инструмента — надежность и валидность. На каждом из уровней скрининга используются свои инструменты. Первый уровень — это база, здесь применяются такие инструменты, как CHAT и M-CHAT. Если у педиатра возникают какие-то подозрения, он заметил тревожные сигналы или ему что-то не совсем понятно, он обращается к скрининговым инструментам второго уровня (например, ASDS, ABC, CARS и т. д.). Они отличаются или большей

**Модифицированный Скрининговый Тест на Аутизм для Детей
(пересмотренный, с дополнительным пошаговым интервью)
Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up
(M-CHAT-R/F)TM**

Diana L. Robins, Ph.D.

Deborah Fein, Ph.D.

Marianne Barton, Ph.D.

SCQ Social Communication Questionnaire данная методика представляет собой краткую анкету для самозаполнения, которая позволяет оценить социальные и межличностные навыки детей, которые, предположительно, являются аутистами или имеют диагноз РАС. Анкета заполняется родителями или опекунами, может применяться к любому человеку в возрасте старше 3 лет, при условии, что его уровень психического развития больше 2-х лет.

Данная методика позволяет определить :

- * качественные нарушения в социальном взаимодействии;
- * качественные нарушения в общении;
- * ограниченные, повторяющиеся и стереотипные модели поведения.

Благодаря данной диагностике и легкости использования, **SCQ** является идеальным инструментом для текущего скрининга РАС, тем самым позволяя начать лечение своевременно.

методика CASD - опросник РАС является быстрым и надежным способом диагностики аутизма у детей вне зависимости от возрастной категории, уровня умственного развития или степени проявления РАС, применим к детям от 1 до 16 лет. основные характеристики соответствует DSM -V, надежный.

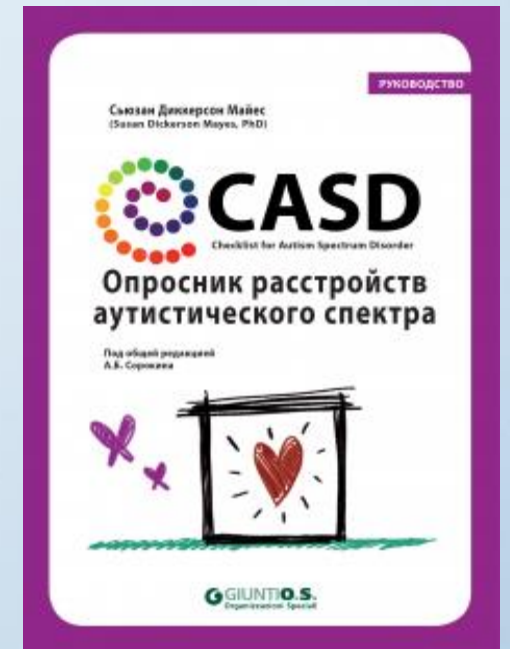
методика ADI-R - направлена на получение полного объема информации для диагностики РАС, применяется с 2 -лет, для выявления соответствия критериям DSM -IV и МКБ 10 :

- * речь и язык;
- * стереотипное поведение;
- * социальное развитие

Опросник расстройств аутистического спектра (CASD) предлагает быстрый и надежный способ диагностики аутизма у детей независимо от уровня их умственного развития и степени проявления аутизма. Отмечается наличие или отсутствие 30 характерных симптомов, что позволяет дифференцировать РАС от других нарушений развития. CASD способен выявить детей с аутизмом с точностью 99,5%. Данные CASD согласуются с общепризнанными методиками диагностики аутизма на 93–98%, а также на 90% совпадают при заполнении опросника клиницистами и родителями.

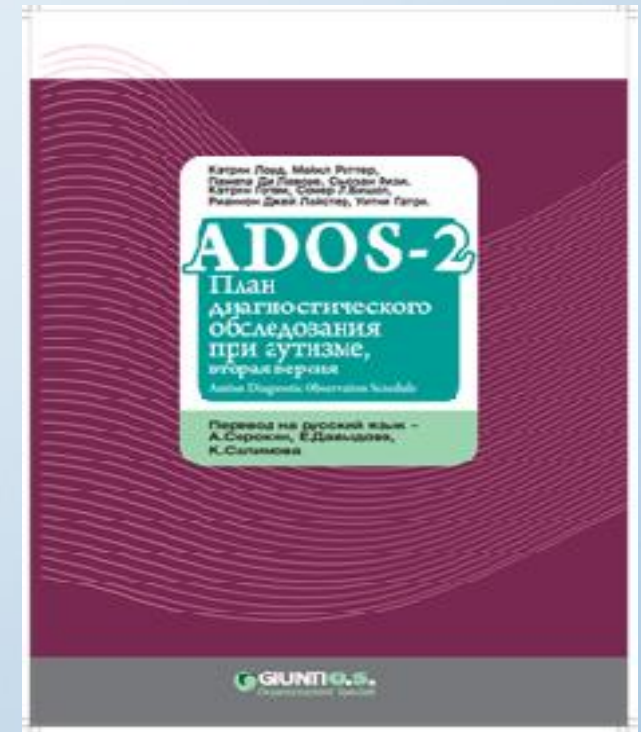
CASD основывается на 35-летнем опыте клинической работы с детьми с аутизмом, а также на данных, собранных с помощью родителей, учителей и врачей, которые описывали наиболее часто встречающиеся симптомы. CASD представляет собой обобщение этих симптомов, представленных и описанных в публикациях.

CASD предназначен для детей в возрасте от 1 до 16 лет. Для его заполнения родителям или врачам требуется не более 15 минут.



ADOS-2 является второй версией «Плана диагностического обследования при аутизме». Это стандартизированная методика, позволяющая при наличии подозрения на расстройства аутистического спектра оценивать особенности общения, социального взаимодействия и игры. Структурированные виды деятельности и материалы методики позволяют создать стандартные ситуации, в которых могут проявиться формы поведения, важные для диагностики аутизма.

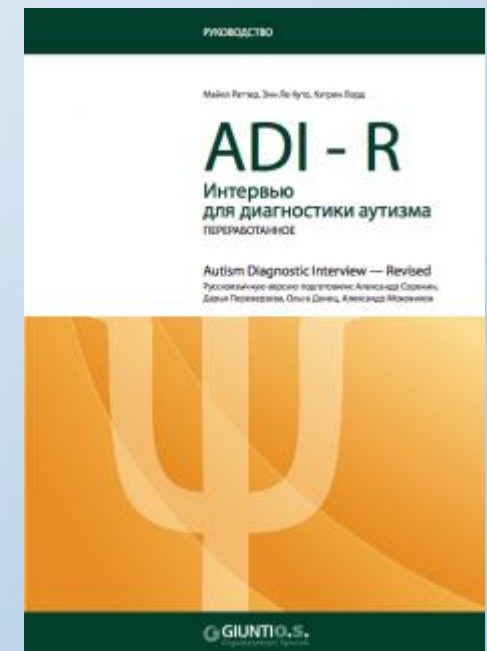
ADOS-2 включает в себя пять модулей. Каждый из модулей предлагает стандартные виды деятельности (задания), позволяющие наблюдать за формами поведения, важными для диагностики расстройств аутистического спектра на разных уровнях развития и в разном хронологическом возрасте. В новую версию впервые включен модуль T для обследования детей ясельного возраста, при помощи которого можно определить степень риска развития расстройств аутистического спектра.



Интервью для диагностики аутизма - переработанное (ADI-R) является инструментом широкого диапазона применения, предоставляющим полный спектр информации для постановки дифференциального диагноза расстройств аутистического спектра (РАС). Его рекомендуется использовать вместе с Планом диагностического обследования при аутизме (ADOS).

ADI-R включает в себя протокол интервью и пять алгоритмов, соединенных в одном удобном бланке и используемых для диагностики или вмешательства и учитывающих возраст обследуемого. Если цель обследования состоит в том, чтобы поставить формальный диагноз с опорой на анамнез обследуемого и оценить общую тяжесть заболевания, используется один из двух диагностических алгоритмов (для 2.0-3.11 лет или для 4.0 лет и более). Если цель состоит в том, чтобы спланировать лечение или образовательный проект на основе наблюдения за поведением обследуемого в течение нескольких месяцев, непосредственно предшествующих интервью, нужно использовать один из трех алгоритмов оценки поведения в настоящее время (до 3.11 лет / 4.0-9.11 лет / 10.0 лет и старше).

Исключительные права на методику принадлежат компании Western Psychological Services (WPS), США. Права на русский перевод и



Описание

Требования к квалификации

Реабилитация когнитивных (познавательных) функций – это комплекс необходимых мероприятий, направленных на устранение нейропсихологических нарушений. С такой необходимостью сталкиваются люди вследствие разных заболеваний, таких как: мозговые инсульты (нарушения мозгового кровообращения), черепно-мозговые травмы, опухоли головного мозга и хирургические вмешательства по поводу их удаления, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, менингиты (воспаление оболочек мозга), энцефалиты (воспаление вещества мозга), арахноидиты (воспаления паутинной оболочки мозга), сенильные деменции и другие заболевания.

Сегодня компания Giunti O.S. предлагает на европейском рынке уникальную компьютеризированную методику когнитивной реабилитации ERICA (Esercizi di Riabilitazione Cognitiva per Adulti).

ERICA - это серия компьютеризированных упражнений для когнитивной реабилитации взрослых. Упражнения предназначены для реабилитации определенных навыков у взрослых пациентов с нейропсихологическими нарушениями в следующих сферах:

внимание;

пространственные когниции; память;

исполнительные вербальные функции;



УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ
КОСЧУВСТВЕННОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ

ERICA ВЗРОСЛЫХ

 **GOS RUSSIA**
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЦЕНТР
ПО ВОПРОСАМ РЕАБИЛИТАЦИИ



SCQ (Социально-Коммуникативный Опросник) - это скрининговая методика, помогающая выявить симптомы, связанные с расстройством аутистического спектра. Анкета должна быть заполнена родителем или опекуном, и может быть использована по отношению к любому человеку в возрасте старше четырех лет, при условии, что умственный возраст составляет более 2 лет. Для его компиляции вам не нужна помощь или непосредственное руководство профессионалов.

SCQ состоит из 40 вопросов в формате да\нет.

На заполнение требуется менее 10 минут, а на подсчет результатов – менее 5 минут.

SCQ включает два бланка:

Бланк SCQ «В течение жизни» заполняется с учетом всей истории развития ребенка, и его использование дает результаты, которые могут быть основанием для направления на более подробное обследование.

Бланк SCQ «В настоящее время» заполняется относительно поведения ребенка в течении последних 3 месяцев, и полученные результаты позволяют понять его повседневный жизненный опыт, оценить ход лечения и составить план обучения.

Изначально SCQ был разработан как сопутствующая скрининговая методика применяющаяся перед использованием ADI-R (Интервью при Диагностике Аутизма - Пересмотренное). Также SCQ с дифференциальной целью может применяться перед использованием ADOS (Шкала Наблюдения для Диагностики Аутизма).

Благодаря скорости и простоте использования SCQ является идеальным инструментом для оперативного скрининга расстройств аутистического спектра, тем самым позволяет своевременное лечение.



Некоторые скрининговые инструменты из этого списка (например, CHAT и M-CHAT) используются и в России. Но пока нет никаких исследовательских публикаций, которые подтверждали бы их надежность и валидность на российском материале. Возможно, в будущем они появятся. Рассмотрим подробнее инструмент CHAT и его модернизированную версию M-CHAT. В своей самой простой версии это очень короткий опросник, заполнение которого занимает всего 3–5 минут. Заполняют его родители, и на базе полученных ответов либо ставится предварительный диагноз РАС, либо нет. Этот инструмент считается очень эффективным. На сегодняшний день был собран достаточно большой пул данных по его использованию. Согласно исследованию 2013 года, *Large-scale use of the Modified Checklist for Autism in low-risk toddlers*¹, среди детей, которые по результатам заполнения M-CHAT и M-CHAT/F (скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста, с дополнительным пошаговым интервью) демонстрировали признаки РАС, у 54 % впоследствии был подтвержден этот диагноз, а у 98 % были обнаружены клинически значимые проблемы развития, которые требовали вмешательства. То есть этот инструмент обладает очень высокой чувствительностью: тревожные сигналы, на основании которых позже

поставить предварительный диагноз РАС может любой педиатр, но очень важно правильно построить процесс дальнейшей диагностики. Для этого доктор должен понимать, куда ему нужно направить ребенка. Уточнение диагноза осуществляется в специальных клиниках, где в случае его подтверждения также вырабатывается иерархическая структура вмешательства: что должно происходить в первое время после постановки диагноза, как ребенок должен быть включен в разные структуры, как будет организована его поддержка и сопровождение и т. д. Очень важный элемент взаимодействия ребенка с системой здравоохранения в рамках терапии РАС — это включение его родителей в родительские группы, которые могут быть очень мощными и эффективными, такими, например, как в Великобритании и США. Также необходимо дать семье понимание того, как ребенок будет двигаться по жизни, какие услуги ему будут доступны и где их можно получить, какого рода вмешательства считаются эффективными и т. Д

Для постановки диагноза РАС необходимы: сбор анамнеза; физический осмотр ребенка, включающий в себя не только оценку его психической деятельности, но и физического состояния; наблюдение за поведением ребенка; проведение психологического тестирования. Для обеспечения всего этого существуют специальные инструменты и лабораторные тесты. Если есть показания, делается анализ кариотипа ребенка. Также во многих центрах при постановке диагноза РАС делается секвенирование генома. Необычно это либо секвенирование экзона, либо полногеномное секвенирование, позволяющее посмотреть, какие нарушения присутствуют в геноме ребенка с подозрением на РАС. Такое пристальное внимание генетике уделяется потому, что генетические нарушения являются одной из причин развития РАС у ребенка. Даже при соблюдении всех рекомендаций диагноз часто неоднозначен. Проявления РАС крайне гетерогенны, поэтому при постановке диагноза рекомендуется участие междисциплинарной комиссии, которая включает в себя психиатров, неврологов, педиатров, генетиков, психологов, специалистов по развитию речи, а также людей, которые будут проводить вмешательство и заниматься коррекцией и развитием важных для жизни навыков. Также рекомендуется задействовать в диагностике максимальное количество источников информации: наблюдения родителей, записи педиатра и т. д. Сами используемые инструменты подразумевают множественность источников информации.

Диагноз РАС ставится не только и не столько ради диагноза, но в большей степени для разработки системы вмешательства. необходимо зафиксировать уровень функционирования ребенка и спрогнозировать ожидаемую динамику. Для этого в диагностику включаются и динамические, и функциональные тестирования. Важно не только понять, чем страдает ребенок, но и оценить, что он может и не может делать с точки зрения развития тех навыков, которыми он должен владеть в своем возрасте. На основании этих данных можно начать разрабатывать систему вмешательства, которое важно начать как можно раньше. Анализ поведения — это первый и основной этап. Обычно в этой процедуре принимают участие несколько специалистов: психиатры, неврологи, психологи и т. д. Для постановки диагноза, согласно классификациям болезней МКБ-10 или DSM-V), необходимо заключение двух и более экспертов, причем не обязательно это специалисты разных профилей (например, это может быть как совместное заключение психиатра и невролога, так и консилиум двух психиатров). В анализ включаются результаты стандартизированных тестирований: не только по критериям РАС, но и по показателям, которые являются очень важными прогностическими факторами, среди них — уровень интеллектуального функционирования, развития речи,

Так как диагноз РАС является многомерным, то и психологическое тестирование проводится сразу по нескольким параметрам. Среди них — тест интеллекта и стандартизованный тест развития языка и речи, оценка интеллектуального функционирования и т. д. В России сегодня пока нет ни одного подходящего для этих целей инструмента, есть только до конца не адаптированные исследовательские разработки, которые могли бы быть полезны при тестировании уровня функционирования языка и речи. В развитой системе диагностики ребенку часто предлагаются и другие нейропсихологические тесты или опросники, например, опросник адаптивного функционирования и жизненных компетенций Вайнленд, опросники для выявления особенностей когнитивной деятельности, опросники для определения готовности к школе или способности к обучению. Чтобы доказать свою надежность и валидность, все диагностические инструменты перед началом применения должны быть опубликованы, апробированы, подтверждены и рекомендованы исследовательским сообществом. В них должна содержаться информация, отображающая уровень функционирования конкретного ребенка по сравнению с когортной выборкой, поэтому инструменты должны быть разработаны на основе репрезентативного когортного популяционного исследования и должны включать в себя руководства и таблицы, показывающие средний уровень функционирования детей различных групп.

Шкала адаптивных навыков Вайнленд

Области	Навыки
КОММУНИКАЦИЯ	Рецептивные
	Экспрессивные
	Письменные
ПОВСЕДНЕВНЫЕ ЖИТЕЙСКИЕ НАВЫКИ	Личные
	Домашние
	Общественные
СОЦИАЛИЗАЦИЯ	Межличностное взаимодействие
	Игра, времяпрепровождение
	Навыки сотрудничества, умение уживаться с другими
МОТОРНЫЕ НАВЫКИ	Крупная моторика
	Мелкая моторика
ДЕЗАДАПТАЦИЯ	

Пример бланка Шкалы Вайнленда

		Начисление баллов	Речевые навыки	Интеллектуальные способности	Личность	Коммуникация
		2 да, обычно				
		1 иногда или частично				
		0 нет, никогда				
		N нельзя оценить				
		DK Не знаю				
Коммуникация	<1	1	Поворачивают глаза и голову в сторону звука			
	2	2	Слушает хотя бы короткое время, когда к нему обращается тот, кто указывает на него			
	3	3	Улыбается в ответ на поздравление матери или другого указывающего на него лица			
	4	4	Улыбается в ответ на присутствие знакомого человека, но не указывающего на него			
	5	5	Поздравляет друга, когда мать (указывающей на него человек) говорит "Иди ко мне" ("Иди -ка" и т. д.)			
	6	6	Показывает значение слова "нет"			
	7	7	Имитирует звук взрослого непосредственно после того, как слышит его			
	8	8	Обнаруживает количество предметов как минимум 10 слов			
	9	9	Копирует, соответствующим образом, обозначая "да", "нет", "а почему"			
	10	10	Внимательно слушает, когда к нему обращаются			
	11	11	Показывает значение слов "да" или "хорошо"			
	12	12	Может по просьбе взрослого выполнять простые действия с предметом			
	13	13	В ответ на вопрос показывает точно по крайней мере одну из основных частей тела			
	14	14	Обращается к братьям, сестрам, друзьям или сверстникам по имени или может сказать, как их зовут по просьбе			
	15	15	Помогает фразами, содержащими существительное в единственном числе			
	16	16	Самостоятельно называет по крайней мере 20 известных объектов			
	17	17	Слушает рассказ по крайней мере в течение 3 минут			
	18	18	По просьбе выбирает 1 предмет или действие из нескольких предложенных ему			
	19	19	Повторно произносит не менее 30 распознаваемых слов			
	20	20	Спокойно, в простых выражениях рассказывает о каком-то событии			
	21	21	Передает простые сообщения			

Проверочный лист адаптивных навыков (ПЛАН)

1.0 Личные жизненные навыки

1.1 Социализация (общение)

1.2 Питание (еда и пользование приборами)

1.3 Личная гигиена и уход за собой

1.4 Пользование туалетом (отправление естественных надобностей)

1.5 Одевание (навыки надевания и снятия одежды)

1.6 Забота о здоровье (профилактика и лечение заболеваний)

1.7 Сексуальность (понимание и контролирование сексуальных взаимоотношений)

2.0 Навыки жизни дома

3.0 Навыки жизни в обществе

4.0 Навыки трудоустройства

1.0 Личные жизненные навыки

1.1 СОЦИАЛИЗАЦИЯ

Оценки			Навыки	Оценки			Навыки	
дата	дата	дата		дата	дата	дата		
			1.1.1	Смотрит на других людей в комнате.			1.1.17	Помогает другим, когда его/ее об этом просят.
			1.1.2	Смотрит, как другой человек передвигается по комнате.			1.1.18	Когда говорит с другими, говорит четко и ясно.
			1.1.3	Издает звуки (например, кричит) и делает знаки руками, чтобы привлечь внимание.			1.1.19	Занимается чем-либо вместе с другими, соблюдает очередность.
			1.1.4	Остается с кем-либо кроме своих родителей без слез.			1.1.20	Делится, например, игрушками и играми, с другими.
			1.1.5	Подает знак (например, улыбается), что узнает знакомого.			1.1.21	Участвует в чем-либо с более чем одним человеком.
			1.1.6	Поворачивается в ту сторону, откуда доносится голос.			1.1.22	Соблюдает правила дома, в школе или на работе.
			1.1.7	Тянется за предметами.			1.1.23	Идет, пока другие закончат пользоваться нужным ему/ей предметом.
			1.1.8	Играет с игрушками или предметами, положенными перед ним/ней.			1.1.24	Обращается к другим за помощью или информацией.
			1.1.9	Тянется, чтобы прикоснуться к другим людям.			1.1.25	Следует указаниям ответственного лица.
			1.1.10	Отвлекается от занятия, когда его/ее окликают по имени.			1.1.26	Участвует в групповых обсуждениях, придерживаясь заданной темы.
			1.1.11	Играет один/одна, когда рядом никого нет.			1.1.27	Выражает сочувствие тому, кому грустно.
			1.1.12	Машет рукой или говорит "пока", когда кто-то уходит.			1.1.28	Договаривает то, что начал/начала говорить, хотя его/ее перебивают.
			1.1.13	Выполняет просьбу, заключающуюся в последовательном выполнении двух действий.			1.1.29	Предлагает помощь другим, не дожидаясь, когда его/ее об этом попросят.
			1.1.14	Выбирает, с кем ему/ей хочется общаться.			1.1.30	Говорит другим приятные вещи (делает комплименты).
			1.1.15	Задаст другим простые вопросы.			1.1.31	Прежде, чем начать говорить, идет, пока договорит другой (не перебивает).
			1.1.16	Отвечает, когда ему/ей задают вопросы.				

VB-MAPP (The Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program)

Уровень 2

Месяц	Тест	Половина словесно	Вербальные эксперименты	Игры	Словесно-моторные навыки	Имитация	Эхо	Согласование с ДДТ	История-фантазия	Половина группы	Полностью
10											
9											
8											
7											
6											
0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000

Уровень 1

Месяц	Тест	Половина словесно	Вербальные эксперименты	Игры	Словесно-моторные навыки	Имитация	Эхо	Согласование с ДДТ
5								
4								
3								
2								
1								
0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000

Диагностические методики

- "Шкала адаптивных навыков Вайнленд",
- "ПЛАН" - проверочный лист адаптивных навыков,
- VB-MAPP,
- ABLLS-R,
- ADOS и другие.



В отличие от тестов интеллекта и развития языка и речи, которые применяются при самых разных расстройствах развития, есть два инструмента, специально разработанных для диагностики РАС, которая по-русски называется АДОС (Autism Diagnostic Observation Schedule, ADOS), и интервью для родителей — Опросник для диагностики аутизма пересмотренный (Autism Diagnostic Interview Revised, ADI-R). Эти инструменты считаются «золотыми стандартами» диагностики РАС и широко используются во всем мире. В России они существуют в переведенном варианте, но исследований этих инструментов пока не было опубликовано. Известно, что данные для них начали собирать в Воронежской области, и, возможно, в ближайшее время появятся публикации, из которых можно будет сделать выводы о психометрических свойствах этих инструментов на российском материале. Это широко используемые инструменты, и нет никаких оснований подозревать, что в России они будут работать как-то по-другому, но для вынесения конкретных заключений нужны данные исследований.

Как диагноз РАС ставится сегодня

В России пока чаще используется классификация МКБ-10, но уже достигнуто соглашение между Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) и Национальным институтом психического здоровья США, в соответствии с которым должна быть достигнута высокая совместимость DSM-5 и Международной классификации болезней МКБ-11, над 11-м пересмотром которой сейчас работают сотрудники ВОЗ.

На сегодняшний день DSM-5 в части описания расстройств аутистического спектра является самым современным руководством для профессионалов всего мира. Эта классификация дает наиболее актуальный и полный инструментарий для понимания поведения ребенка с аутизмом, описания симптоматики и базовых уровней тяжести расстройств аутистического спектра.

Как видно из таблицы 1 все составляющие расстройств аутистического спектра распределены в DSM-5 по двум основным разделам («диада аутизма»): (А) недостаточность социальной коммуникации и социального взаимодействия и (В) ограниченные, повторяющиеся паттерны поведения, интересов или деятельности.

В первой части диады РАС (А) выделены следующие подразделы:

А1. проблемы с началом и поддержанием социального взаимодействия;

А2. проблемы с невербальной коммуникацией;

А3. проблемы с пониманием социальных ситуаций и социальных отношений.

Во второй части диады РАС (В) выделены следующие подразделы:

В1. атипичная речь, движения и игра;

В2. ритуалы и сопротивление изменениям;

В3. чрезмерная увлеченность объектами или интересами; В4. атипичное сенсорное поведение.

Необходимо учитывать, что диагноз РАС должен ставиться только в тех случаях, когда проявления «диады аутизма» влияют на функционирование человека; при наличии трудностей во взаимодействии с родными, сверстниками, окружением; трудностей в развитии различных навыков, включая язык и речь; ригидности и сложностей с переключением с одной задачи на другую. Если трудностей в повседневной жизни нет, то и нарушения нет. Смысл постановки диагноза не в том, чтобы повесить «ярлык» на человека, а в том, чтобы помочь ему справиться с трудностями, вызванными нарушением, реализовать свой потенциал и научиться жить в обществе вместе с другими людьми.

1

Нарушения
социального
взаимодействия

2

Качественные
нарушения
коммуникации

3

Ограниченные,
повторяющиеся
и стереотипные
паттерны
поведения,
интересов
и активностей

А.

Дефициты
социальной
коммуникации
и социального
взаимодейст-
вия

В.

Ограниченные,
повторяющиеся
паттерны
поведения,
интересов
и активностей

Современные исследования показывают, что больше половины людей с РАС не имеют когнитивных нарушений, а сами по себе трудности в освоении академических навыков не являются диагностическим признаком расстройств аутистического спектра. РАС часто бывают связаны с другими нарушениями, например с эпилепсией, генетическими синдромами, желудочно-кишечными нарушениями, СДВГ и прочими, при этом важно понимать, что они сосуществуют, но не являются причиной друг друга (в научной литературе это называется коморбидностью).

Поведенческие нарушения, проявления агрессии, ауто-агрессии и других форм нежелательного поведения не связаны напрямую с диагностическими критериями РАС.

В большинстве случаев данные проявления обусловлены недостаточным развитием коммуникации ребенка, а также особенностями его окружения. Понимание коммуникативных потребностей детей и адекватная программа помощи помогут снизить проявления проблемного поведения, освоить академические и социальные навыки в более лояльном окружении. Таким образом, проблемное поведение — это не часть аутизма или других нарушений в развитии, не обязательно присутствующая симптоматика, как считалось ранее. Такого рода поведение с большей вероятностью возникает у людей с нарушениями в развитии, но его можно избежать при правильно организованной поддержке, включающей работу с социальной коммуникацией и поведением.

Известно, что риск развития некоторых состояний (депрессия, тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства и др.) у подростков и взрослых людей с аутизмом в несколько раз выше, чем у нейротипичных людей. Мы можем эффективно помочь при данных состояниях и не должны путать их с диагностическими чертами аутизма. Депрессия, тревожные расстройства и обсессивно-компульсивные расстройства во многих случаях хорошо поддаются лечению в сочетании с психотерапевтической помощью.

Обсуждение диагноза с ребенком и его родителями — первоочередная задача. Взрослые с расстройствами аутистического спектра признаются, что для них очень важна достоверная информация об особенностях людей с РАС.

Знание диагноза помогает человеку думать о себе более позитивно (не считать себя неудачником или невоспитанным, лучше понимать себя и свои особенности), адаптироваться к трудностям, развивать важные для успеха в социуме качества. Человек с РАС может научиться способам саморегуляции, справляться с тревогой, планировать свой день, адаптироваться к неожиданным изменениям, поддерживать диалог и т. д.

Информирование о диагнозе — это проявление уважения к человеку. Однако то, каким образом должна преподноситься информация, всецело зависит от индивидуальных особенностей личности.

Как ключевые дефициты РАС влияют на разработку образовательной программы?

Современные программы помощи, направленные на развитие коммуникации, обучение и социализацию, демонстрируют высокую эффективность для людей с нарушениями в развитии. С их помощью можно добиться успешного функционирования и адаптации. Они помогают детям с РАС учиться, играть и развиваться вместе с типично развивающимися сверстниками, жить в семье, любить и работать.

Только тщательно проведенная оценка может привести к выбору адекватных целей в работе с ребенком. На проектных площадках Фонда «Обнаженные сердца» реализуются программы, которые позволяют учитывать специфические особенности каждого ребенка.

Современное описание диагностических критериев РАС

Диагностические признаки РАС в «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра» (классификации DSM-5).

Наука об аутизме в последние десятилетия развивается стремительно. Согласно предыдущей версии классификации DSM-IV и классификации МКБ-10 симптоматика аутизма носила название триады аутизма и включала три основных группы признаков:

1 Нарушения социального взаимодействия.

2 Качественные нарушения коммуникации.

3 Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные паттерны поведения, интересов и активностей.

В диагностической классификации DSM-5 симптомы РАС объединены в диагностическую «диаду аутизма»:

А. Дефициты социальной коммуникации и социального взаимодействия.

В. Ограниченные, повторяющиеся паттерны поведения, интересов и активностей.

На сегодняшний день классификация DSM-5 в части описания расстройств аутистического спектра является самым современным руководством для профессионалов всего мира. Данная классификация содержит обновленный и достаточно полный инструментарий для описания симптомов и понимания поведения ребенка с аутизмом, а также дает представление о базовых уровнях тяжести расстройств аутистического спектра. В настоящий момент Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) заканчивает работу над предстоящим 11-м пересмотром Международной классификации болезней (МКБ-11), и в соответствии с совместным соглашением между Национальным институтом психического здоровья США и ВОЗ должна быть достигнута высокая совместимость и согласованность классификаций МКБ-11 и DSM-5.

Расстройство аутистического спектра (299.00 (F84.0))*

Диагностические критерии

А. Стойкая недостаточность социальной коммуникации и социального взаимодействия во многих ситуациях, проявляющаяся в нижеперечисленных областях, в настоящее время или ранее

О Дефицит социально-эмоциональной взаимности;

в диапазоне от отклоняющегося от нормы социального обращения и трудностей поддержания диалога по очереди до снижения умения разделять интересы, эмоции, чувства другого человека и полного отсутствия попыток инициировать социальное взаимодействие или ответить на него.

© Недостаточность невербального коммуникативного поведения, используемого для социального взаимодействия; в диапазоне, к примеру, от слабо интегрированной вербальной и невербальной коммуникации до трудностей использования языка тела и зрительного контакта или от недостаточного понимания жестов и их использования до полного отсутствия невербальной коммуникации и выражения эмоций на лице. Пер. с англ.: В. Гайнулина; науч. ред.: Т. Морозова, С. Довбня. 2018.

О Дефициты в развитии, поддержании и понимании отношений; в диапазоне от сложностей в подстройке поведения к требованиям различных социальных ситуаций, сложностей с участием в играх, требующих воображения, трудностей с приобретением друзей до очевидного отсутствия интереса к людям.

Уровень тяжести определяется на основании нарушений социальной коммуникации и ограниченных, повторяющихся паттернов поведения (см. Таблицу 2).

В. Ограниченные, повторяющиеся паттерны поведения, интересов или деятельности, проявляющиеся в настоящее время или ранее по крайней мере в двух из перечисленных ниже пунктов (примеры являются иллюстративными, но не исчерпывающими, см. текст):

О Стереотипное или повторяющееся использование движений, объектов, предметов или речи (например, простые двигательные стереотипии, выстраивание игрушек или переворачивание предметов, эхолалии, использование объектов или идиосинкразических фраз).

© Настойчивое требование одинаковости (постоянства), чрезмерное следование рутинам, ритуализированные паттерны вербального и невербального поведения (например, сильный стресс даже при небольших изменениях, трудности с переходами, ригидные паттерны мышления, ритуалы приветствия, потребность двигаться по одному и тому же маршруту или в одной и той же еде).

© Крайне ограниченные, фиксированные интересы, аномальные по интенсивности или фокусу (например, сильная привязанность или озабоченность необычными объектами, чрезмерно ограниченные или персервативные (навязчивые, непроизвольно повторяющиеся. — Примеч. авт.) интересы).

О Гипер- или гипореактивность к сенсорным ощущениям или необычные интересы к сенсорным аспектам окружения (такие, как нечувствительность к боли / теплу / холоду, искаженные ответы на специфические звуки или текстуры, обнюхивание и ощупывание объектов, увлеченность разглядыванием света или движения). Уточните текущий уровень тяжести:

Уровень тяжести определяется на основании нарушений социальной коммуникации и ограниченных, повторяющихся паттернов поведения (см. Таблицу 2).

С. Симптомы должны присутствовать в ранний период развития (но могут быть не полностью очевидными до тех пор, пока социальные требования не превысят ограниченные возможности, или замаскированными выученными в течение жизни стратегиями).

Д. Симптомы вызывают клинически значимые ограничения в социальной, профессиональной или других

«Основные признаки расстройства аутистического спектра — устойчивое нарушение взаимной социальной коммуникации» и социального взаимодействия (Критерий А) и ограниченные, повторяющиеся паттерны поведения, интересов или деятельности (Критерий В). Эти симптомы присутствуют с раннего детства и ограничивают или затрудняют повседневное функционирование (Критерии С и D). Стадия, на которой функциональное ограничение становится очевидным, различается в зависимости от индивидуальных особенностей человека и его / ее окружающей среды. Основные диагностические признаки очевидны в ходе развития, однако терапевтическое вмешательство, компенсация и поддержка, оказываемая в данный момент, могут маскировать трудности, по крайней мере, в некоторых контекстах. Проявления расстройства также сильно различаются в зависимости от тяжести аутизма, уровня развития человека и его хронологического возраста; по этой причине используется понятие спектра. Расстройство аутистического спектра охватывает расстройства, которые ранее назывались такими терминами, как: ранний детский аутизм, детский аутизм, Каннеровский аутизм, высокофункциональный аутизм, атипичный аутизм, неуточненное первичное расстройство развития, дезинтегративное расстройство детского

Нарушения коммуникации и социального взаимодействия, указанные в Критерии А, являются всеохватывающими и устойчивыми. Диагноз наиболее достоверен и надежен, когда он основан на нескольких источниках информации, включая клинические наблюдения специалистов, интервью с ухаживающими людьми и, по возможности, самоотчет. Дефициты вербальной и невербальной коммуникации имеют различные проявления в зависимости от возраста, интеллектуального уровня, уровня развития языка и других факторов, таких как длительность терапевтического вмешательства и виды используемых стратегий помощи. Нарушения языкового развития проявляются в диапазоне от полного отсутствия речи до задержек в развитии отдельных аспектов языка, слабого понимания речи, эхолической речи, неестественного или чрезмерно буквального языка. Даже когда формальные языковые навыки (например, лексика и грамматика) не нарушены, при расстройстве аутистического спектра нарушается использование языка для взаимного социального общения.

Дефицит социально-эмоциональной взаимности (то есть способности взаимодействовать с другими и делиться мыслями и чувствами) отчетливо проявляется у маленьких детей с расстройством аутистического спектра, которые не инициируют социальное взаимодействие или инициируют его очень редко, не делятся эмоциями, а также не имитируют или редко имитируют поведение других. Существующий язык часто односторонний, лишен социальной взаимности и используется для того, чтобы попросить или назвать что-то, а не для того, чтобы прокомментировать происходящее, поделиться чувствами или поддержать диалог. У взрослых без интеллектуальных нарушений или без задержек развития языка очевидный дефицит социально эмоциональной взаимности может проявляться в затрудненном реагировании на сложные социальные сигналы (например, человек не понимает, когда и как присоединиться к разговору, чего не стоит говорить в обществе). Взрослым,

Взрослым разработавшим компенсационные стратегии для некоторых социальных сложностей, по-прежнему трудно в новых ситуациях или в ситуациях, когда не используются вспомогательные стратегии, так как им приходится сознательно прикладывать усилия для того, чтобы просчитывать то, что большинство людей чувствует интуитивно.

Дефицит невербального коммуникативного поведения, используемого для социального взаимодействия, проявляется в отсутствии, уменьшении или нетипичном использовании зрительного контакта (в сравнении с культурными нормами), жестов, выражений лица, положения тела или интонаций речи. Ранние признаки расстройства аутистического спектра связаны с нарушениями совместного внимания. Это проявляется в том, что ребенок реже указывает, показывает, приносит предметы, чтобы поделиться интересом с другими, или в том, что он не следует за указательным жестом или взглядом другого человека. Дети могут выучить несколько функциональных жестов, однако их репертуар ограничен, и часто они не могут спонтанно использовать в коммуникации экспрессивные жесты. Людям, свободно использующим язык, может быть сложно скоординировать невербальную коммуникацию и речь, что может создать впечатление странного, «деревянного» или преувеличенного «языка тела» в ходе взаимодействия.

на индивидуальном уровне нарушение может быть сравнительно незаметным (например, человек может устанавливать сравнительно хороший зрительный контакт при разговоре), но оно становится очевидным при наличии слабой интеграции зрительного контакта

Дефициты в развитии, поддержании и понимании отношений следует оценивать с учетом норм в отношении возраста, пола и культуры. Социальные интересы могут отсутствовать, быть сниженными или нетипичными, что будет проявляться в отвержении других, пассивности или неуместных попытках общения, которые кажутся агрессивными или разрушительными. Эти сложности в особенности заметны у детей младшего возраста, которые часто демонстрируют недостаточность социальной игры и воображения (например, соответствующая возрасту гибкая игра «понарошку») и позже настаивают на том, чтобы играть по жестко фиксированным правилам. Другим людям может быть сложно понять, какое поведение или коммуникативные стратегии считаются уместными в той или иной ситуации (например, неформальное поведение в ходе собеседования; ирония, «ложь во спасение»). Человек может явно предпочитать деятельность в одиночестве или взаимодействие с людьми гораздо младше или старше себя. Часто существует желание завести друзей при отсутствии реалистичных представлений о дружбе (например, односторонняя дружба или дружба, которая основана только на общих особых интересах). Также важно принять во внимание отношения с братьями и сестрами,

Расстройство аутистического спектра также определяется через ограниченные, повторяющиеся паттерны поведения, интересов или активностей (как уточнено в Критерии В) и может проявляться по-разному, в зависимости от возраста, способностей, терапевтического вмешательства и стратегий поддержки, используемых в настоящий момент. Стереотипное или повторяющееся поведение включает простые двигательные стереотипии (например, хлопки в ладоши, щелчки пальцами), повторяющееся использование объектов (например, раскручивание монет, выстраивание игрушек в ряд) и повторяющуюся речь (например, эхолалию, попугайничанье, повторение услышанных слов с задержкой или немедленно; использование «ты» вместо «я»; стереотипное использование слов, фраз или просодических паттернов). Чрезмерная приверженность рутинам и ограниченные паттерны интересов могут проявляться в сопротивлении изменениям (дистресс как реакция даже на незначительные изменения, например, новый дизайн упаковки любимого продукта; настаивание на том, чтобы следовать правилам; негибкость мышления) или ритуализированные паттерны вербального или невербального поведения (например, повторяющиеся вопросы, ходьба по одному маршруту). Сильно ограниченные, фиксированные интересы при расстройствах аутистического спектра, как правило, абнормальные по интенсивности или фокусу (например, ребенок 1-3 лет, испытывающий особую привязанность к кастрюле; ребенок, увлеченный пылесосами; взрослый, который тратит часы, записывая расписания). Некоторые увлеченности и рутины могут относиться к кажущейся гипер- или гипореактивности к сенсорным ощущениям, что проявляется в экстремальных реакциях на определенные звуки или текстуры, обнюхивании и ощупывании объектов, увлеченности разглядыванием света или движения и иногда видимой нечувствительности

Крайняя реакция или ритуалы, связанные со вкусом, запахом, текстурой или внешним видом пищи, или чрезмерная избирательность в еде широко распространены и могут являться характерными особенностями расстройства аутистического спектра.

Многие взрослые с расстройствами аутистического спектра без интеллектуальных или языковых нарушений учатся подавлять проявления повторяющегося поведения в общественных местах. Особые интересы могут быть источником удовольствия и мотивации и обеспечить возможности для образования и занятости в будущем. Диагностические критерии требуют, чтобы ограниченные, повторяющиеся паттерны поведения, интересов или деятельности четко присутствовали в детстве или в прошлом, даже если симптомы в настоящее время не наблюдаются.

Критерий D требует, чтобы симптомы вызывали клинически значимое ухудшение в социальной, профессиональной или других важных областях текущего функционирования. Критерий E уточняет, что дефициты социальной коммуникации, даже если они сопровождаются интеллектуальным

Стандартизированные поведенческие диагностические инструменты с хорошими психометрическими свойствами, включая опросники, интервью с ухаживающими людьми и клинические диагностические инструменты, доступны и могут повысить надежность постановки диагноза с течением времени и среди разных специалистов.

У многих людей с РАС также есть интеллектуальное нарушение и/или нарушение языка (например, медленное освоение языка; понимание языка опережает развитие речи). Даже люди со средним или высоким интеллектом имеют неравномерный профиль способностей. Разрыв между интеллектуальными и адаптивными функциональными навыками часто велик. Часто присутствуют моторные дефициты, включая нетипичную походку, неуклюжесть и другие аномальные двигательные паттерны (например, ходьба на цыпочках). Самоповреждающее поведение (например, привычка стучаться головой, кусать запястье) и проблемное /разрушительное поведение более распространены среди детей и подростков с расстройствами аутистического спектра, чем среди людей с другими нарушениями, включая интеллектуальные нарушения. Подростки и взрослые с расстройствами аутистического спектра склонны к развитию тревоги и депрессии. Некоторые люди развивают поведение, похожее на кататоническое (замедление и «замораживание» в середине действия), но, как правило, с меньшей интенсивностью кататонического эпизода. Тем не менее у людей с расстройствами аутистического спектра может наблюдаться заметное ухудшение двигательной симптоматики; также они могут демонстрировать полный кататонический эпизод с такими симптомами, как мутизм, застывание, гримасы и восковая гибкость. Риск коморбидной кататонии представляется наибольшим в подростковом возрасте.

В последние годы частота встречаемости расстройств аутистического спектра в США и за пределами США достигла 1 % населения с похожими оценками в выборках детей и взрослых. Остается неясным, отражают ли более высокие показатели расширение диагностических критериев DSM-IV и включение пограничных случаев, повышенную осведомленность и различия в методологии исследования, или есть действительно увеличение частоты расстройств аутистического спектра.

В результате клинико-динамического исследования определены особенности когнитивных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Выявлена зависимость динамики когнитивных нарушений от форм аутизма, степени выраженности аутистических симптомов. Установлены особенности оценки симптоматики РАС при разных вариантах когнитивного дизонтогенеза. **При синдроме Аспергера** искаженный вид дизонтогенеза имеет прогностически благоприятный исход для обучения и адаптации на фоне значений коэффициента интеллекта (IQ) на **уровне средней нормы (82-90 баллов)**. **При синдроме Каннера** дефицитарный вариант онтогенеза является менее благоприятным в отношении интеллектуального развития, для обучения и адаптации, при показателях IQ в пределах от **низкой нормы интеллекта (70-78 баллов) до степени легкой умственной отсталости (64-69 баллов)**. Регрессивно-дефектирующий вариант **при атипичном аутизме** рассматривается как наиболее злокачественный и проявляется тяжелыми аутистическими симптомами с полной дезинтеграцией всех познавательных процессов, в последующем с формированием олигофреноподобного дефекта при **уровне интеллекта в диапазоне от легкой умственной отсталости (52-67 баллов) до умеренно выраженной (35-49)**.

КиберЛенинка: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-dinamicheskie-osobennosti-kognitivnyh-narusheniy-u-detey-s-rasstroystvami-autisticheskogo-spektra>

Диагностические критерии DSM-5

Организация Autism Speaks (“Аутизм Спикс”) рада представить полный список диагностических критериев расстройств аутистического спектра (ASD) и схожего с данным заболеванием социального коммуникативного расстройства (SCD) согласно пятому изданию Диагностического и статистического руководства по психическим болезням (DSM-5). По состоянию на май 2013 года, психологи и психиатры будут использовать данные критерии при оценке людей на вышеуказанные нарушения развития.



Социальные (прагматические) коммуникативные расстройства 315.39 (F80.89)

Диагностические критерии

А. Постоянные (устойчивые) трудности при социальном использовании вербальной и невербальной коммуникации, проявляющиеся в следующем:

1. Недостаточное использование коммуникации для социальных целей, таких как приветствие и обмен информацией, соответствующим социальному контексту образом.
2. Нарушение способности приспосабливаться в соответствии с контекстом или потребностями слушателя; к примеру, разная манера речи при разговоре в классе и на детской площадке, со взрослыми и детьми и избегание использования чрезмерно формального языка.
3. Сложности при следовании правилам разговора или рассказа. К примеру, трудности при чередовании в разговоре, перефразировании в случае недопонимания и сложности при использовании вербальных и невербальных сигналов для регулирования взаимодействия.
4. Сложности понимания того, что подразумевается, но не оговаривается специально (к примеру, делать выводы); трудности понимания фраз, требующих небуквальной интерпретации (идиомы, метафоры, фразы и слова, имеющие несколько значений в зависимости от контекста).

В. Недостаточное использование коммуникации приводит к функциональным ограничениям в эффективной коммуникации, социальных взаимоотношениях, социальном участии, академических успехах, или профессиональной производительности, по отдельности или в комплексе.

С. Начальные симптомы проявляются в периоде раннего развития (однако дефицит может полностью проявиться только тогда когда потребности в социальной коммуникации превысят ограниченные возможности).

Д. Симптомы не могут быть отнесены к другому медицинскому или неврологическому заболеванию или низким способностям в области грамматики и структуры слов, и отнесение к расстройствам аутистического спектра, умственной отсталости (нарушения развития интеллекта), глобальной задержки развития или другим психическим расстройствам не является лучшим объяснением

Расстройства аутистического спектра 299.00 (F84.0)

Критерии диагностики

A. Устойчивые дефициты в социальной коммуникации и социальном взаимодействии в различных условиях, проявляющиеся в настоящий момент или в прошлом (на основе исторических наблюдений) (примеры приведены для наглядности и не являются исчерпывающими, см. текст):

1. Дефициты в социально-эмоциональной взаимности; начиная, к примеру, с ненормального социального подхода и проблем с поддержанием диалога, снижения обмена интересами, эмоциями, до неспособности начинать или отвечать на социальные взаимодействия.

2. Дефициты в невербальном коммуникативном поведении, используемом для социального взаимодействия, начиная, к примеру, с плохо интегрированной вербальной и невербальной коммуникации, аномалии зрительного контакта и языка тела или дефицитов понимания и использования невербальной коммуникации до полного отсутствия выражения лица и невербальной коммуникации.

3. Дефициты в развитии, поддержании и понимании взаимоотношений, начиная, к примеру, с трудностей с адаптацией поведения к различным социальным условиям, трудностей с участием в играх с использованием воображения, и с заведением друзей, до отсутствия интереса к

С. Симптомы должны присутствовать в раннем периоде развития (но могут не проявиться в полной мере, пока социальные потребности не превысят ограниченные возможности, или быть замаскированы выученными стратегиями в дальнейшей жизни).

Д. Симптомы вызывают клинически значимое ухудшение в социальной, профессиональной или других важных сферах функционирования.

Е. Эти нарушения не объясняются нарушениями интеллектуального развития (умственная отсталость) или общей задержкой развития. Умственная отсталость и расстройства аутистического спектра часто сосуществуют; для диагностики коморбидности расстройства аутистического спектра и умственной отсталости социальная коммуникация должна быть ниже ожидаемой для общего уровня развития.

Примечание:

Лицам с хорошо установленным по DSM-IV аутизмом, синдромом Аспергера или общим расстройством психологического развития согласно DSM-V будет поставлен диагноз расстройства аутистического спектра. Лица со значительными нарушениями социальной коммуникации, но симптомы которых не отвечают критериям расстройств аутистического спектра, должны пройти диагностическую оценку на социально-коммуникативное (прагматическое) расстройство.

Дополнительно указать:

- С/Без сопровождающейся умственной отсталостью

- С/Без сопровождающимся нарушением речи

- Связанно ли нарушение с медицинским состоянием, или генетикой, или фактором окружающей среды.

(Кодированное примечание: используйте дополнительный код для идентификации связанных медицинских или генетических состояний.)

- Связанно ли нарушение с другими заболеваниями неврологического характера, умственными и

Таблица 2. Степени тяжести расстройств аутистического спектра

Уровень тяжести	Социальная коммуникация	Ограниченное, повторяющееся поведение
Уровень 3 "Требуется очень существенная поддержка"	Тяжёлые дефициты в вербальных и невербальных социальных коммуникативных навыках вызывают значительные нарушения в функционировании; очень ограниченное инициирование социальных взаимодействий и минимальный ответ на социальные инициативы других людей. Например, человек с небольшим набором нескольких понятных слов, редко выступающий инициатором взаимодействия, а если и инициирует, то использует необычный подход только для удовлетворения нужд, и	Негибкость поведения, значительные трудности с адаптацией к изменениям, или ограниченные/повторяющиеся поведения мешают и значительно затрудняют функционирование во всех сферах. Сильный стресс/сложности при переключении внимания или смены деятельности.

Уровень 2

"Требуется существенная поддержка"

Заметные дефициты в вербальных и невербальных социальных коммуникативных навыках; даже при наличии поддержки выражены сложности при социальном взаимодействии; ограниченное инициирование социальных взаимодействий и ограниченная или ненормальная ответная реакция на социальные инициативы других. К примеру, человек, выражающийся ограниченным количеством простых фраз, взаимодействие ограничено узкими интересами, и заметны странности при невербальной коммуникации.

Негибкость в поведении, трудности с адаптацией к изменениям, или ограниченное/повторяющееся поведение, которое проявляется довольно часто и заметно наблюдателю со стороны, а также мешает функционированию в различных условиях. Стресс/сложности при переключении внимания и смене деятельности.

Уровень 1

"Требуется поддержка"

Без поддержки, дефициты в социальной коммуникации приводят к заметным нарушениям. Сложности при начинании социальных взаимодействий и четкие примеры атипичных или неудачных реакций на инициативы со стороны окружающих.

Может казаться имеющим пониженный интерес к социальным взаимодействиям.

Например, человек, который может говорить полноценными предложениями и участвует в коммуникации, но диалог с окружающими не получается, а его попытки завести друзей странные и как правило не успешные.

Негибкое поведение значительно препятствует функционированию в одном или более контекстах.

Сложности с переключением между видами деятельности. Проблемы с организацией и планированием препятствуют независимости.

Основной метод диагностики раннего детского аутизма - динамическое наблюдение за поведением, которое осуществляется либо непосредственно, либо опосредованно с помощью опроса близких людей [2, 3]. В дополнение к основному методу проводятся психологическое, физическое, неврологическое и другие обследования.

Наблюдение поведения ребенка - самый важный источник информации. Поскольку поведение ребенка с аутизмом очень изменяется в зависимости от ситуации и места, за ним нужно наблюдать как в специально организованной, так и в обычной повседневной среде. Для детей нужно создавать, по возможности, непринужденные игровые и учебные ситуации. К организации непосредственного наблюдения за ребенком с ранним детским аутизмом предъявляется ряд требований:

- присутствие родителей;
- ясный порядок и структура действий;
- ограниченный спектр средовых раздражителей;
- использование знакомого материала;
- применение материалов с высоким побуждающим характером;
- предупреждение опасностей;
- ясная и однозначная коммуникация, при необходимости с использованием дополнительных коммуникативных средств (предметы, фотографии или рисунки, пиктограммы, жесты);
- применение материальных усилителей в зависимости от потребностей (любимые еда, питье, предмет).

В ходе опроса близких людей собирается информация по следующим областям:

наличие аутистической симптоматики в поведении ребенка в различных жизненных ситуациях;
история развития и ме-дицинский анамнез,
функциональный уровень ребенка;

Первый этап - скрининг.

Выявляются отклонения в развитии без точной их квалификации.

Скрининг - быстрый сбор информации о социально-коммуникативном развитии ребенка для выделения группы специфического риска из общей популяции детей, оценки их потребности в дальнейшей углубленной диагностике и оказании необходимой коррекционной помощи. Поскольку скрининг не используется для выставления диагноза, его могут осуществлять педагоги, врачи-педиатры и сами родители. Перечислим основные индикаторы раннего детского аутизма, наблюдение которых требует дальнейшей углубленной диагностики ребенка [1, 2, 3].

Индикаторы аутизма в раннем возрасте:

- отсутствие единичных слов в возрасте 16 месяцев;
- отсутствие фразы из двух слов в 2 года;
- отсутствие невербальной коммуникации (в частности, указательного жеста) в 12 месяцев;
- потеря речевых или социальных способностей.

Индикаторы аутизма в дошкольном возрасте:

- отсутствие речи или задержка ее развития;
- особый зрительный контакт: не частый и очень короткий либо долгий и неподвижный, редко прямой в глаза, в большинстве случаев периферический;
- трудности в имитации действий;
- выполнение однообразных действий с игрушками, отсутствие творческой игры;
- отсутствие социальной реакции на эмоции других людей, отсутствие изменения поведения в зависимости от социального контекста;
- необычная реакция на сенсорные раздражители;

Индикаторы аутизма в школьном возрасте:

- отсутствие интереса к другим людям, контактов со сверстниками;
- большой интерес к неодушевленным предметам;
- отсутствие потребности в утешении в ситуациях психологической необходимости;
- наличие сложностей с ожиданием в социальных ситуациях;
- неспособность поддерживать диалог;
- увлеченность одной темой;
- выполнение видов деятельности, наполненных малой креативностью и фантазией;
- сильная реакция на изменения в привычном ежедневном графике;
- любая озабоченность по поводу социального или речевого развития ребенка, особенно при наличии необычных интересов, стереотипного поведения.

В мире уже давно разработан и широко используется следующий стандартизированный скрининговый инструментарий: CHAT - Шкала для раннего распознавания аутизма, STAT - Скрининговый тест аутизма, ADI-R - Диагностическое интервью для родителей.

Например, CHAT - короткий скрининговый инструментарий, предназначенный для первичной оценки развития ребенка в возрасте от 18 до 36 месяцев.

Первая часть теста включает девять вопросов для родителей, которые фиксируют, демонстрирует ли ребенок определенные виды поведения:

социальную и функциональную игру, социальную заинтересованность в других детях, совместное внимание, а также некоторые моторные навыки (указательный жест, необычные движения).

Вторая часть теста содержит вопросы по наблюдению за пятью короткими видами взаимодействия исследователя с ребенком, которые позволяют специалисту сравнить фактическое поведение ребенка с

Второй этап - собственно дифференциальная диагностика, т.е. углубленное медико-психолого-педагогическое обследование ребенка с целью определения типа нарушения развития и соответствующего образовательного маршрута. Его осуществляет мультидисциплинарная команда специалистов: психиатр, невролог, психолог, учитель-дефектолог и др. Данный этап включает медицинское обследование, интервью родителей, психологическое тестирование, педагогическое наблюдение. **Дифференциальный диагноз выставляет врач-психиатр.**

За рубежом в качестве основного инструментария дифференциальной диагностики аутизма используются ADOS Диагностическая шкала наблюдения для аутистических нарушений, CARS - Рейтинговая шкала детского аутизма. К примеру, CARS - стандартизированный инструмент, основанный на непосредственном наблюдении за поведением ребенка в возрасте от 2 лет в 15 функциональных областях (взаимоотношения с людьми, имитация, эмоциональные реакции, коммуникация, перцепция, тревожные реакции и страхи и др.).

И, наконец, **третий этап** - диагностика развития: выявление индивидуальных особенностей ребенка, характеристика его коммуникативных возможностей, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, работоспособности и пр. Выявленные особенности должны приниматься во внимание при организации и проведении индивидуальной коррекционно-развивающей работы с ним. Диагностику развития ребенка с ранним детским аутизмом осуществляет учитель-дефектолог. С этой целью за рубежом используется стандартизированный тест PEP-R - Профиль развития и поведения ребенка. PEP-R состоит из двух шкал: развития и поведения. В частности, по шкале развития оценивают уровни функционирования ребенка по отношению к его сверстникам в семи областях (подражание, перцепция, мелкая моторика, крупная моторика, зрительно-моторная координация, познание; коммуникация и экспрессивная речь).

Ранняя диагностика РАС В настоящее время как отечественные, так и зарубежные специалисты считают целесообразным разделить процесс установления диагноза РАС на три этапа [10; 17; 20]: 1. Первый этап — популяционный скрининг (прескрининг): обследуется общая («сырая») популяция с помощью различных опросников, анкет, тестов, адресованных родителям или людям, проводящим с обследуемым ребенком много времени. Используемые инструменты должны иметь возможно более высокую чувствительность (сензитивность), то есть способность выявлять нужное нарушение из спектра имеющихся, тогда как требования к специфичности (возможности отбраковывать ненужное от требуемого) здесь не столь строги. Это фактически прескрининг, после которого формируется популяция со значительно более высокой частотой детей с возможностью формирования РАС, но и с определенным процентом ложноположительных случаев. На этапе прескрининга А. Wetherby с коллегами, например, использовали минимальное количество четко определенных признаков [33]: — отсутствие гуления до 12 месяцев; — отсутствие жестикуляции до 12 месяцев; — мутизм до 16 месяцев; — отсутствие двусложной (не эхоталичной) фразы к 24 месяцам; — всякое нарушение любого вида речи или социальных навыков в этом возрасте. Наличие хотя бы одного из перечисленных признаков является достаточным для направления ребенка к специалистам по нарушениям развития для более глубокого обследования. В то же время не вызывает сомнений, что в поле зрения специалистов попадут не только дети группы риска по РАС, но и с другими, особенно с чисто речевыми отклонениями, включая крайние варианты нормы. Тем не менее, зарубежные специалисты считают проведение популяционного скрининга оправданным не только с организационно-методических, но и с экономических позиций [17]. Несмотря на то, что

несколько тестов, доказавших на практике свою полезность В практическом диагностическом процессе прескринингу соответствует этап первичной диагностики. Основные задачи: выявление симптоматики нарушений развития; определение средств и методов дальнейшей диагностики; определение вероятных подходов к абилитации и терапии. Основные методы: наблюдение за ребенком, анамнестический метод, беседа с родителями, использование опросников и анкет для родителей и иных диагностических инструментов популяционного скрининга.

Участвующие специалисты: врачпедиатр, врач-невролог, клинический психолог, при необходимости врач — детский психиатр и другие Методы дополнительной диагностики: ЭЭГ, ЭхоЭГЗ, при необходимости нейровизуализирующие и другие методы. Ожидаемый результат: выявление первичной группы риска по РАС, определение направлений дальнейшей диагностической работы и лечебно-коррекционных мероприятий; начало работы по преемственности в наблюдении за ребенком.

2. Второй этап — фокусированный (направленный) скрининг используется для обследования контингента детей с различными признаками не только РАС, но и других нарушений развития, и выделение детей именно с РАС является основной задачей этого этапа. Применяемые здесь диагностические инструменты должны иметь достаточно высокую специфичность, требования же к чувствительности не столь высоки. Взгляды на то, какие признаки следует считать специфическими для РАС, неодинаковы; чаще всего называют: — нарушения коммуникации, — нарушения социального взаимодействия, — дефицит совместного внимания, — нарушения социально-имитативной и ролевой игры. В то же время, конкретные формулировки близких по существу вопросов и заданий могут значительно различаться, так же, как и значение, которое придается перечисленным направлениям обследования. Именно на этом этапе формируется группа детей с повышенным риском формирования РАС («группа риска по РАС»), и становится возможным начать специфически направленную комплексную лечебно-коррекционную работу⁵. В практике первичного звена здравоохранения направленному скринингу соответствует этап динамической диагностики. Основные задачи: выделение группы риска по РАС в процессе динамического наблюдения и в результате применения психологических методов фокусированного скрининга, разработка первичных индивидуальных развивающих программ⁶, обучение родителей методам воспитания и обучения ребенка. Основные методы: клиническое наблюдение в период непосредственного обследования и в ходе естественной деятельности ребенка, экспериментально-психологические методы фокусированного скрининга. Участвующие специалисты: врач-педиатр, врач-невролог, врач — детский

психиатр, клинический психолог, дошкольный дефектолог, логопед, врач и методист ЛФК. Методы дополнительной диагностики:

ЭЭГ (в динамике), консультация врача — медицинского генетика, при необходимости — генетические и лабораторные исследования.

Ожидаемый результат: установление группы риска по РАС, привлечение родителей к активному участию в лечебно-коррекционном процессе, разработка и начало использования индивидуальных развивающих и коррекционно-развивающих программ

3. Третий этап — установление диагноза: оптимальным считается использование клинической диагностики (в сочетании с некоторыми параклиническими методами) би такими тестами как ADI-R (Интервью для диагностики аутизма (пересмотренное), Autism Diagnostic Interview — Revised) и ADOS (Диагностический план изучения аутизма, Autism Diagnostic Observation Schedule) В клиническом подходе свойственная ему некоторая субъективность сочетается с возможностью учета субклинических признаков, возможностью их контекстной оценки (с выходом на квалификацию этих проявлений) и отслеживания в динамике. С другой стороны, четкая, более однозначная и со значительно меньшей степенью субъективности фиксация данных в названных тестах хуже приспособлена к учету деталей, оттенков наблюдений и, конечно же, более формальна (даже если направлена, как ADI-R, на изучение истории развития ребенка). Оптимальным представляется сочетание клинического и экспериментально-психологического подхода с позиций как информационного, так и методологического порядка. В практическом здравоохранении третий этап представляет собой этап установления диагноза и определения стратегии лечебно-коррекционной работы. Основные задачи: установление диагноза (после 3-х лет), уточнение уровня развития отдельных психических функций и особенностей поведения, социально-психологическая поддержка семьи, коррекционная психолого-педагогическая работа, при необходимости медикаментозное лечение.

Предложения по реализации Концепции ранней помощи в РФ до 2020 года

Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года (далее — Концепция) [3] и ряд документов, разработанных в целях ее реализации, предназначены для оказания ранней помощи детям с широким спектром нарушений развития и заболеваний, каждое из которых характеризуется своими клиническими особенностями. Это необходимо учесть при практической реализации Концепции. Подытоживая изложенное, можно заключить, что в случае расстройств аутистического спектра к таким особенностям следует отнести, прежде всего, следующие:

1. Длительное (не менее 2—3-х лет) формирование основных диагностически значимых признаков РАС, вследствие чего:

— ранняя помощь начинается до установления диагноза, в процессе диагностики, оказывается детям группы повышенного риска формирования РАС;

— при РАС ранняя помощь несет большую и исключительно важную диагностическую нагрузку;

— характер ранней помощи меняется в процессе ее оказания в соответствии с динамикой развития ребенка с РАС, в связи с чем целесообразно выделить несколько этапов ранней помощи;

— адекватная ранняя помощь создает благоприятную ситуацию для некоторого смягчения симптоматики РАС и снижения процента инвалидизации

процента инвалидизации.

2. Первазивный характер нарушений

при РАС требует именно комплексного сопровождения на основе межведомственного взаимодействия, что соответствует общепринятым представлениям о характере ранней помощи. Результаты пилотных экспериментов показывают целесообразность реализации ранней помощи при РАС прежде всего через активность родителей, подготовленных соответствующим образом, их включенность в лечебно-коррекционный

26 Аутизм и нарушения развития. Т. 15. № 2 (55). 2017

Autism and Developmental Disorders (Russia). Vol. 15. No 2 (55). 2017

С.А. Морозов, С.С. Морозова, Т.И. Морозова. Некоторые особенности ранней помощи детям...

S.A. Morozov, S.S. Morozova, T.I. Morozova. Some of the early help features for children...

процесс под руководством специалистов по ранней помощи детям с РАС

3. После установления диагноза и получения возможности надежно определить психический профиль развития ребенка, помощь приобретает специальный и индивидуализированный характер; в связи с этим пролонгирование ранней помощи (что допускается Концепцией) на период более 3—3,5 лет крайне нежелательно;

4. Критерием завершения ранней помощи при РАС должно являться установление диагноза, но не переход в ДОО, так как такой переход требует специализированной коррекции в особых условиях, может быть достаточно продолжительным и весьма различным по результату (с выходом на разные уровни программ и вариантов образовательной траектории);

Учитывая сложности от перехода ранней помощи к дошкольному образованию, необходимы проработка и скорейшее решение организационно-методических, кадровых и финансовых аспектов этого процесса;

6. Асинхрония развития как ведущий дизонтогенетический механизм при РАС требует особого гибкого подхода к методологии воспитания и обучения детей (в том числе и в раннем возрасте), а именно: временна́я диссоциация между формальной и содержательной сторонами навыка, умения, даже знания используется как методический прием в коррекционно-образовательном процессе;

7. В комплексном сопровождении детей с РАС (в том числе и в возрасте до 3-х лет) ведущую роль играет психолого-педагогическая составляющая, поэтому оптимальным является оказание ранней помощи детям с РАС в рамках системы образования

Чтобы учесть другие особенности детей раннего возраста с РАС и обеспечить возможно большую эффективность ранней помощи, представляется необходимым разработать методические рекомендации, в которых:

1. Адаптировать некоторые понятия Концепции (например, «группа риска», «целевая группа» и др.), принимая во внимание особенности контингента детей с повышенным риском формирования РАС;
2. С учетом динамики формирования клинической картины РАС в раннем возрасте и с учетом этапов диагностического процесса (выявление группы риска и установление диагноза) рекомендовать поэтапное введение ранней помощи при вероятном развитии РАС:

— неспецифическая общеукрепляющая и общеразвивающая помощь (может начинаться до установления группы риска по РАС и продолжаться столько, сколько это необходимо), продолжение динамического наблюдения;

— неспецифическая лечебно-коррекционная работа, направленная на все домены симптоматики РАС (возможна реализация как в центре ранней помощи, так и в специализированных структурах системы образования

— центре помощи детям с РАС или в специальной группе по начальной коррекции РАС в ДОО) с переходом к специализированной комплексной помощи в системе образования (после установление диагноза), направленной, прежде всего, на смягчение (преодоление) основных трудностей, связанных с РАС и подготовке к инклюзии (с учетом интересов и возможностей ребенка) в ДОО;

3. Сформулировать принципы методического обеспечения специализированной ранней помощи:

— диагностические занятия с использованием развивающих подходов (эмоционально-уровневый, эмоционально-смысловой подход по О.С. Никольской с соавт.), Денверская модель раннего старта, методический подход S. Greenspan (DIR-FT) и др. с переходом в случае необходимости к различным вариантам поведенческих подходов (прежде всего, прикладному анализу поведения);

— научно обоснованный выбор основного коррекционного подхода и определение начальных этапов образовательной траектории (поведенческие и/или развивающие или их последовательность).

Комплексная система сопровождения лиц с РАС в Российской Федерации находится в процессе становления, ранняя помощь — важнейший этап этой комплексной системы. Ранней помощи предшествует выявление детей группы риска по РАС (за что во всем мире отвечает первичное звено здравоохранения), затем раннюю помощь оказывают в системе дошкольного

Аутизм у детей

Ранний детский аутизм — расстройство развития, при котором ребёнок испытывает трудности в установлении эмоционального контакта с внешним миром

Признаки аутизма

- Отсутствие реакций на эмоции других людей, на изменения социальной ситуации
- Неконтактность, отсутствие эмоциональной реакции на попытки вступить в беседу с ребёнком
- Привязанность к ритуалам нефункционального характера (озабоченность датами, маршрутами, расписаниями и т.п.)
- Склонность к жёсткому, раз и навсегда заведённому порядку в повседневной жизни, болезненная реакция на изменения этого порядка
- Использование периферического зрения при всех контактах, т.е. аутист никогда не смотрит в глаза



- Недостаточная гибкость речевого выражения, нарушенное использование интонаций при общении
- Отсутствие сопровождающей речь жестикуляции
- Ограниченный круг интересов
- Стереотипное, повторяющееся поведение
- Помимо специфических признаков часто обнаруживается ряд других проблем: страхи, нарушения сна и приёма пищи, вспышки гнева и агрессивность. В большинстве случаев (в 3 из 4) имеется умственная отсталость

■ Нарушение социальных взаимодействий

■ Нарушения в общении

■ Нарушения в поведении

■ Факультативно

Способы коррекции аутизма



специальное образование



психотерапия



особая диета



поведенческие модификации



лекарственные средства

Как вести себя с аутичным ребёнком

- 1 Принимать его таким, какой он есть
- 2 Строго придерживаться определённого режима и ритма жизни ребёнка, соблюдать ежедневные ритуалы
- 3 Научиться улавливать малейшие вербальные и невербальные сигналы, свидетельствующие о его дискомфорте
- 4 Как можно реже оставлять его одного
- 5 Объяснять ребёнку смысл его деятельности, используя чёткую наглядную информацию (схемы, карты и т.п.)
- 6 Избегать переутомления ребёнка
- 7 Терпеливо устанавливая контакт: прижимать, поглаживать, брать на руки (если ребёнок совсем мал), как можно чаще разговаривать с ним

"Руководство по диагностике и статистике психических расстройств" пятого пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5), разработанное и опубликованное Американской Психиатрической Ассоциацией (American Psychiatric Association) 18 мая 2013 года, включает для расстройств аутистического спектра (РАС)(Autism Spectrum Disorder, ASD) 299.00 (F84.0) следующие критерии диагностики:

А. Устойчивые дефициты в социальной коммуникации и социальном взаимодействии в различном контексте, проявляющиеся в настоящий момент или имеющиеся в анамнезе в следующих (примеры приведены для наглядности и не являются исчерпывающими):

1. Дефициты в социально-эмоциональной взаимности; начиная, например, с аномального социального сближения и неудач с нормальным поддержанием диалога; к снижению обмена интересами, эмоциями, а также воздействию и реагированию; до неспособности инициировать или реагировать на социальные взаимодействия.

2. Дефициты в невербальном коммуникативном поведении, используемом в социальном взаимодействии; начиная, например, с плохой интегрированности вербальной и невербальной коммуникации; к аномалии зрительного контакта и языка тела или дефицитов понимания и использования невербальной коммуникации; до полного отсутствия мимики или жестов.

3. Дефициты в установлении, поддержании и понимании социальных взаимоотношений; начиная, например, с трудностей с подстройкой поведения к различным социальным контекстам; к трудности с участием в играх, в которых задействовано воображение, и с приобретением друзей; до видимого отсутствия интереса к сверстникам.

В. Ограниченность, повторяемость в структуре поведения, интересах или деятельности, что проявляется по меньшей мере в двух из следующих (примеры приведены для наглядности и не являются исчерпывающими):

1. Стереотипные или повторяющиеся моторные движения, речь или использование объектов (например, простые моторные стереотипии, выстраивание игрушек или махание объектами, эхолалия, идиосинкратические фразы).
2. Чрезмерная потребность в неизменности, негибкое следование правилам или схемам поведения, ритуализованные формы вербального или невербального поведения (например, резкий стресс при малейших изменениях, трудности с переключением внимания, негибкие шаблоны мышления, поздравительные ритуалы, настаивание на неизменном маршруте или еде).
3. Крайне ограниченные и фиксированные интересы, которые аномальны по интенсивности или направленности (например, сильная привязанность к необычным предметам или чрезмерная озабоченность и увлечение ими, крайне ограниченная сфера занятий и интересов или персеверации).
4. Избыточная или недостаточная реакция на входную сенсорную информацию или необычный интерес к сенсорным аспектам окружающей среды (например, видимое безразличие к боли или температуре окружающей среды, негативная реакция на определённые звуки или текстуры, чрезмерное обнюхивание или трогание предметов, зачарованность источниками света или объектами в движении).

Укажите степень тяжести:

Степень тяжести основана на нарушении социального взаимодействия и ограниченных, повторяющихся моделях поведения (см. таблицу 2).

C. Симптомы должны присутствовать в раннем периоде развития (но могут не проявиться в полной мере, пока социальные требования не превысят ограниченные возможности, или быть замаскированы выученными стратегиями в дальнейшей жизни).

D. Симптомы вызывают клинически значимое ухудшение в социальной, профессиональной или других важных сферах повседневного функционирования.

E. Эти нарушения не объясняются ограниченными интеллектуальными возможностями (умственная отсталость) или общей задержкой развития. Умственная отсталость и расстройства аутистического спектра часто сосуществуют; для диагностики коморбидности расстройства аутистического спектра и умственной отсталости социальная коммуникация должна быть ниже ожидаемой для общего уровня развития.

Примечание:

Лицам с хорошо обоснованным по DSM-IV аутизмом, синдромом Аспергера или неспецифическим первазивным нарушением развития (PDD-NOS) согласно DSM-V будет поставлен диагноз расстройства аутистического спектра.

Лица с существенными нарушениями социального общения и взаимодействия, симптомы которых не отвечают критериям расстройств аутистического спектра, должны пройти диагностическую оценку социально-коммуникативного (прагматического) расстройства (315.39 (F80.89)).

Степень тяжести	Социальная коммуникация	Ограниченные интересы и повторяющееся поведение
<p>Уровень 3 "Потребность в очень существенной поддержке"</p>	<p>Тяжёлые дефициты в вербальных и невербальных социальных коммуникативных навыках приводят к серьёзным нарушениям в функционировании; крайне ограниченное инициирование социальных взаимодействий и минимальный ответ на социальные инициативы других. Например, человек с небольшим набором нескольких понятных слов, изредка инициирующий социальное взаимодействие, а если инициирует, то обращается в необычной форме и только для удовлетворения нужд, и реагирует только на очень прямые указания и формы социального общения.</p>	<p>Отсутствие гибкости поведения, значительные трудности с приспособлением к переменам и изменениям, или ограниченные/повторяющиеся формы поведения, которые очень мешают и существенно затрудняют функционирование во всех сферах. Сильный стресс и/или выраженные затруднения при смене деятельности или переключении внимания.</p>
<p>Уровень 2 "Потребность в существенной поддержке"</p>	<p>Заметные дефициты в вербальных и невербальных социальных коммуникативных навыках; выраженные затруднения в социальном общении и взаимодействии даже при наличии поддержки; ограниченное инициирование социальных взаимодействий и ограниченное или ненормальное реагирование на социальные инициативы других. Например, человек, выражающийся ограниченным количеством фраз и предложений, социальное взаимодействие ограничено узкими специальными интересами, и заметны странности в невербальной форме его коммуникации.</p>	<p>Отсутствие гибкости в поведении, крайние затруднения с адаптацией к переменам и изменениям, или ограниченные/повторяющиеся формы поведения, которые проявляются с достаточной частотой и заметны стороннему наблюдателю, а также мешают функционированию в различных контекстах. Заметный стресс и/или выраженные затруднения при смене деятельности или переключении внимания.</p>
<p>Уровень 1 "Потребность в поддержке"</p>	<p>Без поддержки и содействия дефициты в социальной коммуникации приводят к заметным нарушениям. Испытывает сложности с инициированием социальных взаимодействий и демонстрирует яркие примеры нетипичных или неудачных реакций на обращения со стороны окружающих. Может казаться имеющим пониженный интерес к социальным взаимодействиям. Например, человек, который способен говорить полноценными предложениями и коммуникабелен, но взаимный диалог с окружающими не получается, а его попытки установить дружеские отношения странные и обычно безуспешные.</p>	<p>Негибкое поведение значимо препятствует функционированию в одном или более контекстах. Сложности с переключением между видами деятельности. Проблемы с организацией и планированием препятствуют независимости.</p>

Дошкольный возраст. 1-я группа РДА

Особенности поведения на ПМПК: поведение «полевое», не откликается на зов, автономен, пассивно уходит от контакта. Заворожен, отрешен от происходящего. Предметы и игрушки не провоцируют его на специфические действия, он просто сбрасывает их на пол, но он, как правило, не смотрит на сам процесс. При попытке взрослого вмешаться в действие пассивно уходит от контакта, «утекает» или не реагирует вовсе. У детей могут возникать признаки удовольствия, смех в ответ на простейшие тактильные ритмичные воздействия по типу раскачивания, кружения и т.п. Взрослый выступает как инструмент для достижения предмета. Часто действует рукой взрослого. Отдельно изредка возникающие слова уходят и не возвращаются, ребенок чаще всего — мутичен.

Заключение психолога: вариант искаженного развития с тяжелыми нарушениями коммуникации.

Направления деятельности психолога: индивидуальные занятия, направленные на «простраивание» алгоритма простого взаимодействия, формирование стереотипных, простейших игровых навыков, их осмысление, растормаживание речи. Консультирование родителей по вопросам организации взаимодействия с ребенком.

Заключение дефектолога: объективный уровень развития познавательной деятельности выявить чаще всего не удастся.

Направления деятельности дефектолога: формирование навыков продуктивного взаимодействия. Развитие сенсорных интеграций. У старших дошкольников — формирование стереотипа поведения и организованной учебной среде. Заключение логопеда: специфическое системное недоразвитие речи. Направления деятельности логопеда: формирование навыков простой коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Развитие иных компонентов речи. Диагнозы по МКБ-10: F84.0, F84.8.

Школьный возраст. 1-я группа РДА Особенности поведения на ПМПК: в поведении автономен, пассивно уходит от контакта. На приемы взаимодействия как бы не реагирует, но может повестись на яркий и/или звучащий предмет, музыкальную игрушку. Заворожен, отрешен от происходящего, при этом может быть заинтересован графическими изображениями букв, цифр, читать, как бы мимоходом, вскользь. Высокие пороги сенсорной и тактильной чувствительности. Поведение не регулируется взрослым. Фиксирован на приятных для него ощущениях. Уровень познавательного развития трудно определить. **Заключение психолога** : вариант искаженного развития, с грубыми нарушениями коммуникации. Направления деятельности психолога: работа по выстраиванию элементарных коммуникаций, алгоритмов (простых) продуктивной деятельности. Обучение навыкам альтернативной коммуникации. Консультирование родителей по выстраиванию алгоритмов продуктивной деятельности. Консультирование учителей/воспитателей по учету в образовательном процессе специфики нарушений ребенка. **Заключение дефектолога**: познавательное развитие не соответствует возрасту, объективный уровень знаний, умений и навыков выявить не удастся. Направления деятельности дефектолога: развитие простых стереотипов продуктивной деятельности с использованием методов альтернативной коммуникации и методов поведенческой терапии. **Заключение логопеда**: специфическое системное недоразвитие речи. Направления деятельности логопеда: использование навыков альтернативной коммуникации для развития простой контекстной диалоговой речи. Формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Формирование алгоритмов освоения письменной речи. Диагнозы по МКБ-10: F84.0, F84.4, F84.8.

Дошкольный возраст. 2-я группа РДА Особенности поведения ребенка на П М П К: ребенок неадекватен, напряжен, активно избегает контакта, неадекватен, демонстрирует множество моторных или речевых стереотипий, испуган, могут наблюдаться проявления агрессии и аутоагрессии, демонстрирует стереотипные движения, двигательно беспокоен, стереотипно прыгает, бежит по кругу, кружится и т.п. Речь эхоталличная и стереотипная, со специфичной скандированностью. Может демонстрировать и достаточно сложные ритуалы, которые ребенок воспроизводит в определенных ситуациях, они выглядят нелепо, неадекватно. **Заключение психолога:** вариант искаженного развития с поведенческими нарушениями и выраженными стереотипиями. Направления деятельности психолога: индивидуальные занятия с психологом по «простраиванию» алгоритма простой продуктивной деятельности, формирование стереотипных игровых навыков, имитации. Использование методов поведенческой терапии. Консультирование родителей по вопросам организации взаимодействия с ребенком. **Заключение дефектолога:** познавательное развитие неравномерно и не соответствует возрасту. Направления деятельности дефектолога: формирование навыков продуктивного взаимодействия. Развитие сенсорных интеграций. Формирование продуктивной деятельности и взаимодействия на предметном, игровом материале. Для детей старшего дошкольного возраста — формирование стереотипа поведения в организованной/ учебной среде / формирование предпосылок учебной деятельности. **Заключение логопеда:** специфическое системное недоразвитие речи, эхоталии. Направления деятельности логопеда: формирование навыков коммуникации. Развитие понимания обращенной речи. Включение эхоталий в диалоговые формы речи, алгоритмов произвольного высказыв

Школьный возраст. 2-я группа РДА Особенности поведения на ПМПК: в поведении неадекватен. Напряжен, демонстрирует множество моторных или речевых стереотипий, испуган, могут наблюдаться проявления агрессии и аутоагрессии. Контакта с чужим человеком избегает. Наблюдается чрезмерная чувствительность к сенсорным стимулам. Речь эхολаличная, может быть уже достаточно развернутой, состоять из цитат и шаблонов. Часто к школьному возрасту, а то и раньше умеет механически читать, прочитанного, как правило, не понимает, но читает бегло. Обычно имеет навыки элементарного счета. Диагностическим процедурам доступен с трудом. Уровень развития психических функций, как правило, неравномерно недостаточен. **Заключение психолога:** вариант искаженного развития с поведенческими нарушениями и стереотипиями. Направления деятельности психолога: выстраивание элементарных коммуникаций, стереотипов учебной деятельности и взаимодействия с сверстниками. При необходимости — обучение навыкам альтернативной коммуникации. Консультирование родителей по выстраиванию отношений с ребенком. Консультирование учителей/ воспитателей по учету специфики особенностей ребенка в образовательном процессе. **Заключение дефектолога:** неравномерность развития познавательной деятельности на фоне искажения эмоционально-волевой сферы. Программный материал (указать программу) не усваивает/усваивает частично. Направления деятельности дефектолога: развитие простых стереотипов продуктивной деятельности и умение работать по алгоритму. Помощь в овладении АООП/АОП. **Заключение логопеда:** специфическое (системное?) нарушение речи (указать степень). Направления деятельности логопеда: формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Развитие всех компонентов речи. Диагнозы по МКБ-10:

Дошкольный возраст. 3-я группа РДА Особенности поведения на ПМПК: в поведении нелеп, неадекватен, бездистантен, сверхзахвачен своими собственными, стойкими стереотипными интересами. Контакт есть, 13 он активный и абсолютно формальный. Речь стереотипная, часто штампованная. Демонстрирует псевдообращенность к собеседнику, оживление, которое носит несколько механистичный характер, что может оцениваться как высокое интеллектуальное развитие, речь взрослая, может быть с большим запасом слов. **Заключение психолога:** вариант искажения с выраженной неравномерностью формирования психических сфер. Направления деятельности психолога: занятия по развитию самовосприятия, элементарной саморегуляции, формированию социально-эмоциональной коммуникации, обучение пониманию эмоций другого человека в рамках предметно-игровой деятельности. Консультирование родителей по вопросам организации взаимодействия с ребенком. **Заключение дефектолога:** познавательное развитие характеризуется неравномерностью / не соответствует возрасту. Направления деятельности дефектолога: формирование навыков продуктивного взаимодействия. Формирование продуктивной деятельности по алгоритму. Для детей старшего дошкольного возраста — формирование алгоритмов (предпосылок) учебной деятельности на соответствующем материале. **Заключение логопеда:** специфическое развитие речи, просодической стороны речи. Направления деятельности логопеда: формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания, коммуникативной функции речи. Диагнозы по МКЕ-10: F84.12, F84.5.

Школьный возраст. 3-я группа РДА Особенности поведения на ПМПК: в поведении часто неадекватен, может быть бездистантен. Легко возбуждается, совершенно не соблюдает границ взаимодействия. Двигательно расторможен, суетлив, захвачен своими собственными, стереотипными интересами. Контакт со взрослым формальный. Речь стереотипная, часто достаточно сложная, специфически модулированная, монотонная или, наоборот, слишком высокая. Уровень развития психических функций выражено неравномерен. Может демонстрировать парциальные способности. **Заключение психолога:** вариант искажения с выраженной неравномерностью формирования психических сфер. Направления деятельности психолога: индивидуальные и групповые занятия по формированию самовосприятия и восприятия других, развитию навыков взаимодействия в среде сверстников и взрослых. Консультирование родителей по способам расширения социальной компетентности детей. Консультирование учителей/воспитателей по учету специфики особенностей ребенка в образовательном процессе. **Заключение дефектолога:** неравномерность развития познавательной деятельности 14 на фоне искажения эмоционально-волевой сферы. Программный материал усваивает / не усваивает / усваивает неравномерно. Направления деятельности дефектолога: формирование алгоритма продуктивной деятельности, в том числе и учебной. Помощь в овладении ООП/АОП/АООП. **Заключение логопеда:** специфическое нарушение речи у ребенка с РАС. Специфические трудности овладения процессами письма и чтения. Направления деятельности логопеда: формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Работа над пониманием прочитанного. Диагнозы по МКБ-10: F84.1, F84.3, F84.5, F07.8, F07.87. Возможны диагнозы (с

Дошкольный возраст. 4-я группа РДА Особенности поведения на ПМПК: наблюдается отрешенность ребенка, отсутствие (или чрезвычайная кратковременность) контакта «глаза в глаза», невозможность установить эмоциональный контакт с окружающими, чрезмерная зависимость, привязанность к матери. В тревожащих ситуациях — двигательные или речевые стереотипии. Ребенок повышенно раним, тормозим в контактах, не «считывает» эмоциональный контекст ситуации. В речи встречаются эхолалии, ошибки употребления местоимений. **Заключение психолога:** вариант искажения с неравномерностью психического развития (IV группа). Направления деятельности психолога: работа по формированию социальноэмоциональной коммуникации. Групповые занятия коммуникативно-творческой направленности. **Заключение дефектолога:** познавательное развитие специфически неравномерно соответствует / не соответствует возрастным нормативам. Направления деятельности дефектолога: формирование алгоритмов продуктивной деятельности, предпосылок учебной деятельности. **Заключение логопеда:** специфическое недоразвитие речи (по типу ОНР 3-го уровня). Направления деятельности логопеда: формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Развитие и коррекция всех компонентов речи. Диагнозы по МКБ-10: F84.0, F84.11, F84.12.

Школьный возраст. 4-я группа РДА Особенности поведения на ПМПК: повышено раним, тормозим, неадекватен и избирателен в контактах. Не «считывает» эмоциональный контекст ситуации. Голос тихий, монотонный, или высокий, мало модулированный. Визуальный контакт крайне кратковременный. В речи встречаются эхолалии, ошибки употребления местоимений. В случаях затруднений или страха — возникают речевые или моторные стереотипии, поведение становится менее адекватным. Доступен обследованию, демонстрирует свои школьные навыки, но делает это медленно, очень неуверенно, нуждается в поддержке со стороны взрослого. Понимание чувств и мыслей другого человека — фактически недоступны. Уровень развития психических функций неравномерен. **Заключение психолога:** вариант искажения с неравномерной недостаточностью психического развития. Направления деятельности психолога: индивидуальные и групповые занятия с психологом по формированию самовосприятия и восприятию других, развитию, навыков взаимодействия в среде сверстников и взрослых. Консультирование родителей по способам расширения социальной компетентности детей. Консультирование учителей/воспитателей по учету специфики особенностей ребенка в образовательном процессе. **Заключение дефектолога:** специфическая неравномерность развития познавательной деятельности на фоне искажения эмоционально волевой сферы. Программный материал усваивает /усваивает не и полном объеме. Направления деятельности дефектолога: формирование алгоритма продуктивной 18 деятельности, в т.ч. учебной, помощь в усвоении ООП / АОП / АООП. **Заключение логопеда:** специфическое нарушение письменной речи / нарушение процессов овладения письмом и чтением (на уровне осмысления). Направления деятельности логопеда: формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Коррекция

Дошкольный возраст. Атипичный аутизм Особенности поведения на П М П К: в движениях ребенка нет детской плавности, они чрезмерно «остры», порывисты, плохо координированы. Наблюдаются стереотипные движения разной степени выраженности, в грубых случаях возможно застывание в вычурных позах. Речь может быть как выражено недостаточной, так и развитой «чрезмерно» не по возрасту. Голос специфично модулирован. Уровень развития психических функций может быть как значительно недостаточен, так и приближаться к возрастному, но специфичным является именно выраженная неравномерность в развитии психических функций в целом. Ребенок может быть зациклен на своих интересах. Часто в поведении грубо неадекватен, скорее автономен, контакт формальный, может быть испуган, сильно возбужден, демонстрирует наличие страхов, в т.ч. вычурных, многие другие нарушения поведения, мышления и адаптации.

Заключение психолога: вариант искаженного развития с выраженными поведенческими нарушениями и неравномерностью психических функций. Направления деятельности психолога: индивидуальные занятия по «простраиванию» алгоритма простой продуктивной деятельности (совместно с дефектологом), алгоритма продуктивной коммуникации. Формирование стереотипных игровых навыков, работа над самовосприятием. Рекомендуется использование методов поведенческой терапии. **Заключение дефектолога:** познавательное развитие выражено специфически неравномерно. Направления деятельности дефектолога: «простраивание» алгоритма простой продуктивной деятельности (совместно с психологом), формирование стереотипных игровых навыков). Формирование продуктивной деятельности на элементарных заданиях / формирование предпосылок учебной деятельности. **Заключение логопеда:** специфическое (системное?) нарушение речи. Специфика просодической стороны речи

Школьный возраст. Атипичный аутизм Особенности поведения на ПМПК: в поведении проявляются черты вычурности. Демонстрирует «зоны» «сверхценных» захватывающих его интересов, это может касаться как отдельных предметов — астрономии, минерологии и т.п., так и существовать у ребенка как собственная ценность — карты, схемы, и т.п. Моторно, как правило, скован, в случаях затруднений могут возникать множественные стереотипии, в т.ч. речевые. Речевое развитие может быть самым разнообразным, ребенок сам может сочинять стихи или прозу, но тематика их специфична и стереотипна. Речь скандирована, монотонна, мало модулирована. Уровень развития психических функций выражено неравномерен, могут быть как парциальные способности, так и «провалы» в развитии каких-либо функций. Трудности социального взаимодействия являются центральными в картине личностного развития ребенка. **Заключение психолога:** вариант искаженного развития преимущественно когнитивной сферы с выраженными поведенческими нарушениями. Направления деятельности психолога: индивидуальные и групповые занятия по формированию позитивного опыта и навыков межличностного взаимодействия. Консультирование родителей по способам расширения социальной компетентности детей. Консультирование учителей/воспитателей по учету в образовательном процессе специфики нарушений ребенка. **Заключение дефектолога:** познавательное развитие специфически неравномерно/недостаточно. Программный материал (указать какой) усваивает специфически неравномерно / усваивает не в полном объеме и неравномерно / не усваивает. Направления деятельности дефектолога: формирование алгоритма продуктивной деятельности, в т.ч. и учебной, помощь в усвоении ООП, АОП. **Заключение логопеда:** специфическое нарушение речи. Нарушения письменной речи. Направления деятельности логопеда: формирование навыков

