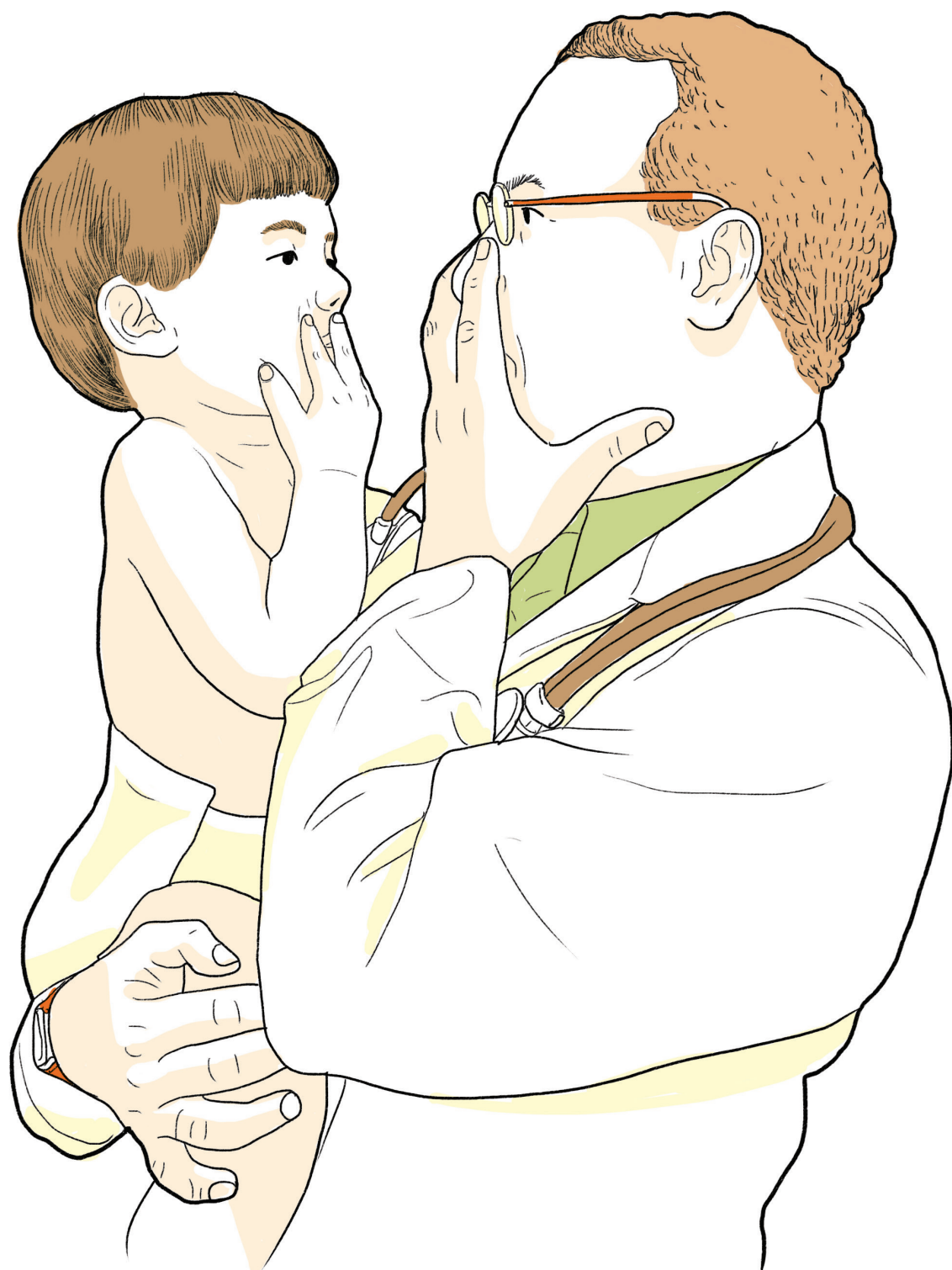


Выявление риска развития расстройств аутистического спектра в условиях первичного звена здравоохранения у детей раннего возраста

Пособие для врачей

Составитель: Морозов С. А., к.б.н.



Департамент
здравоохранения
Воронежской
области

Выявление риска развития расстройств аутистического спектра в условиях первичного звена здравоохранения у детей раннего возраста

Пособие для врачей

Составитель: Морозов С. А., к.б.н.

Редактор: Портнова А. А., д.м.н.,

руководитель Отдела клинической психиатрии
детского и подросткового возраста

Федерального медицинского исследовательского
центра психиатрии и наркологии,
гл. детский психиатр г. Москвы

Обложка: Дарья Рычкова

По заказу департамента здравоохранения
Правительства Воронежской области

Воронеж 2014



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Правительство
Воронежской
области



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Центры
ментального
здоровья
Воронеж



МГППУ

ДОБРО



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ДЕТСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ
Департамента здравоохранения
г. Москвы



НАУЧНЫЙ
ЦЕНТР
ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ
РАМН



ФОНД
СОДЕЙСТВИЯ
РЕШЕНИЮ
ПРОБЛЕМ АУТИЗМА
В РОССИИ

Введение

Актуальность развития помощи лицам с расстройствами аутистического спектра¹ (РАС²) определяется несколькими факторами:

1. Высокой и постепенно растущей частотой распространенности (примерно 1% населения);
2. Трудностями диагностики и дифференциальной диагностики в связи со сложностью и многообразием клинической картины;
3. Недостаточной эффективностью существующих лечебно-коррекционных подходов.

Не вызывает сомнений важность раннего выявления детей с РАС педиатрами, детскими неврологами и семейными врачами, поскольку это первый и необходимый шаг для своевременного начала комплексной лечебно-коррекционной помощи. Чем раньше начинается такая работа, тем в большей степени можно рассчитывать компенсаторные возможности нервно-психической системы. Многие признаки РАС формируются в течение достаточно длительного периода (несколько лет), и, благодаря этому, ранее вмешательство может способствовать смягчению проявления многих симптомов этого нарушения развития. В то же время, раннее установление диагноза РАС встречает значительные трудности. Это связано с несколькими обстоятельствами:

1. В раннем возрасте симптомы аутизма, как и многих других нарушений развития, проявляются в неспецифических формах;
2. Некоторые из симптомов, особенно стереотипные формы поведения, встречаются в раннем возрасте и в норме, причём в достаточно широком диапазоне по степени выраженности и времени проявления, что затрудняет диагностику;
3. Многие проявляющиеся в раннем возрасте симптомы аутизма встречаются и при других нарушениях развития.

С учётом приведённых обстоятельств установление диагноза РАС становится более надёжным лишь в возрасте 3–4 лет. В то же время, психолого-педагогические коррекционные занятия можно и нужно начинать в более раннем возрасте. Это на 10% улучшает показатели социальной адаптации у детей в школьном возрасте. (Р. Маколд, П. Маколд, 2004; Р. Маколд, П. Маколд, 2009; Bishop et al., 2008). Диагностика РАС должна строиться в соответствии с официально принятым в России классификатором МКБ-10 (F84, общие (первазивные) расстройства развития), однако МКБ-10 и DSM-IV разработаны на основе исследований детей более старшего возраста и взрослых и недостаточно сориентированы на ранний возраст. В то же время,

¹ Далее более привычный термин «аутизм» употребляется как синоним РАС.

² В РАС включают детский аутизм (F84.0), атипичный аутизм (F84.1) и синдром Аспергера (F84.5), в DSM-5 и, как ожидается, в МКБ-11 РАС является самостоятельным диагнозом и не подразделяется на отдельные формы.

разработано большое количество разнообразных тестов, вопросников, адресованных родителям или другим людям (няням, домашним воспитателям и т. п.), хорошо знающим ребёнка с аутизмом, и/или профессионалам. Эти диагностические инструменты различаются по целевому контингенту (дети с аутизмом, с нарушениями коммуникации, с различными нарушениями развития), возрастным характеристикам обследуемых, спектру исследуемых функций (социальное взаимодействие, коммуникация, речь, игра, символизация и др.), по чувствительности, валидности и другим характеристикам тестов. Правильный выбор диагностических инструментов такого рода очень важен, но наиболее надёжным является диагноз, установленный на основе полученной из разных источников информации. При этом ведущую роль отдают клинической диагностике, включающей динамическое наблюдение за ребёнком, тщательный сбор и внимательный анализ анамнестических данных.

К сожалению, функциональные и рентгенологические методы, лабораторные исследования не располагают в настоящее время специфическими маркерами аутистических расстройств и носят в основном вспомогательный характер. Зарубежные специалисты считают целесообразным разделить процесс выявления детей с РАС на три этапа:

1. Популяционный скрининг (прескрининг)

Обследуется сплошная выборка популяции с помощью различных

вопросников, анкет, тестов, адресованных родителям или людям, проводящим с обследуемым ребёнком много времени.

Это фактически прескрининг, после которого формируются группы со значительно более высоким риском формирования РАС и с выявленными симптомами РАС. На этапе прескрининга Wetherby et al. (2004), например, используют минимальное количество чётко определённых признаков:

1. Отсутствие гуления до 12 месяцев;
2. Отсутствие жестикуляции до 12 месяцев;
3. Ребёнок до 16 месяцев не произносит ни одного слова;
4. Отсутствие осмысленной (не эхолической) фразы из двух слов к 24 месяцам;
5. Любые нарушения речи или социальных навыков в любом возрасте.

Наличие любого из перечисленных знаков является достаточным для направления ребёнка к специалистам по нарушениям развития для более глубокого обследования. Не вызывает сомнений то, что в поле зрения специалистов попадут не только дети группы риска по РАС, но и с другими — особенно чисто речевыми отклонениями, включая крайние варианты нормы. Тем не менее, зарубежные специалисты считают проведение популяционного скрининга оправданным не только с организационно-методических, но и экономических позиций (Bishop et al., 2008). Для этих целей разработаны структурированные опросники и тесты, доказавшие на практике свою эффективность.

Краткие сведения о наиболее известных из них приведены в Приложении 1.

2. Фокусированный (направленный) скрининг

Это исследование используется для углубленного изучения контингента детей с различными признаками нарушений развития для и выявления пациентов с РАС. Применяемые здесь диагностические инструменты должны обладать достаточно высокой специфичностью, требования же к чувствительности не столь высоки. Взгляды на то, какие признаки следует считать специфическими для РАС, неодинаковы; чаще всего называют:

1. Нарушения коммуникации;
2. Нарушения социального взаимодействия;
3. Стереотипии поведения, интересов;
4. Задержки развития отдельных функций.

В то же время, конкретные формулировки близких по существу вопросов и заданий могут значительно различаться, так же, как и значение, которое придаётся отдельным из перечисленных направлений обследования.

Именно на этом этапе формируется группа детей с повышенным риском формирования РАС («группа риска по РАС») и начинается специфически направленная комплексная лечебно-коррекционная работа. Наиболее известные вопросники и тесты приведены в Приложении 2.

3. Установление диагноза

Оптимальным считается использование клинической диагностики (в сочетании с некоторыми параклиническими методами) и такими тестами, как ADI-R (Интервью для диагностики аутизма (пересмотренное), Autism Diagnostic Interview — Revised) и ADOS (Диагностическое расписание изучения аутизма, Autism Diagnostic Observation Schedule), краткие сведения о которых (и некоторых других диагностических инструментах) приведены в Приложении 3.

В клиническом подходе свойственная ему некоторая субъективность сочетается с возможностью учёта субклинических признаков, возможностью их контекстной оценки (с выходом на квалификацию этих проявлений) и отслеживания в динамике. С другой стороны, чёткая, более однозначная и со значительно меньшей степенью субъективности фиксация данных в названных тестах хуже приспособлена к учёту деталей, оттенков наблюдений, и, конечно же, более формальна (даже если направлена, как ADI-R, на изучение истории развития ребёнка). Оптимальным представляется сочетание клинического и экспериментально-психологического подхода с позиций как информационного, так и методологического порядка. Предметом настоящего пособия является, в основном, первый этап — популяционный скрининг, или прескрининг. Проведение связанных с этим этапом мероприятий должно быть вменено в обязанность первичному звену здравоохранения — участковым врачам-педиатрам.

Для выявления любых отклонений в нервно-психическом развитии ребёнка требуется знание нормативных показателей развития на различных возрастных этапах раннего детства. Приведённые выше зарубежные

стандартизированные методики дают возможность количественной оценки симптоматики и в некоторой степени могут служить ценным диагностическим средством, но не должны подменять клиническую оценку врача.

Диагностика расстройств аутистического спектра в раннем детстве

В настоящее время подавляющее большинство исследователей разделяет положение о биологической природе аутизма и её связи с отклонениями в развитии нервной системы как генетического, так и/или экзогенного генеза. Среди экзогенных особое значение придается перинатальным факторам (инфекционным, токсическим, алиментарным и др.) Диагностика психических расстройств в раннем детстве и особенно в первые годы жизни представляет собой сложную задачу. В современной отечественной и зарубежной педиатрической и психиатрической практике отклонения психического развития диагностируются, как правило, после трёх лет и позднее, что затрудняет раннее психопрофилактическое вмешательство. Более раннее выявление РАС объясняется как дефицитом адекватных диагностических инструментов, так и отсутствием специальных знаний у врачей. В раннем детстве

симптоматика, свойственная нарушениям психического развития (в том числе РАС), маскируется неврологическими, соматическими и вегетативными нарушениями. Для того, чтобы ранняя диагностика была более достоверной и надёжной, необходимо комплексное обследование с анализом клинических, анамнестических, экспериментально-психологических, генетических, электрофизиологических, некоторых лабораторных и при необходимости нейровизуализирующих, рентгенологических и иных данных. Широкий спектр используемых параклинических исследований обусловлен неоднозначностью и противоречивостью данных об этиологии и патогенезе РАС. Врач сможет своевременно заподозрить неблагополучие в психическом развитии детей раннего возраста, если обратит соответствующее внимание на ряд атипичных неврологических симптомов (нарушение жевания при отсутствии

бульбарных расстройств, вегетативно-инстинктивные дисфункции, нарушение постурального моторного развития на фоне диффузной мышечной гипотонии, расстройства зрительно-моторной координации, диссоциированные расстройства общей и тонкой моторики и др.).

Эти данные создают предпосылки для решения важной задачи: установления особенностей нейроонтогенеза (или диснейроонтогенеза) у детей с предположительно формирующимися РАС. Отечественными специалистами в области детской психиатрии, детской неврологии, клинической психологии накоплен обширный материал по феноменологии нормального и аномального развития детей, существуют диагностические методики для других отклонений в развитии, которые могут служить основой для анализа нарушений в младенческом возрасте на предмет наличия ранних признаков РАС. Предлагаемые методические рекомендации обобщают материалы накопленного к настоящему времени диагностического опыта для наиболее точного, объективного и оперативного выявления первых признаков неблагополучия, дающих возможность обоснованно предполагать в дальнейшем формирование РАС. В настоящем пособии в качестве экспресс-диагностики предложен комплексный динамический клинический анализ особенностей нервно-психического развития ребёнка в 3, 6, 12, 18 и 24 месяца жизни с выделением узловых (ведущих) функций на каждом возрастном этапе.

В основу качественной оценки психического развития детей был

положен принятый в психиатрии метод наблюдений, позволивший в сочетании с использованием разработанных в клинической психологии и неврологии методик дать качественную оценку развития ребёнка на соответствия/несоответствия полученных при обследовании данных возрастной норме. В таблицах, предложенных в данных методических рекомендациях, сопоставляются возрастные параметры типичного (нормального) и нарушенного развития. Это — результат многолетнего комплексного изучения особенностей раннего развития детей с аутизмом. Основной задачей предлагаемых таблиц является стремление объективизировать, наглядно представить паттерн нарушений нервно-психического развития на момент осмотра врачом-педиатром и выявить на ранних этапах развития группу детей с повышенным риском формирования расстройств аутистического спектра. Необходимо особо подчеркнуть, что выявленные в раннем возрасте признаки отклонений в развитии нельзя рассматривать как знаки предопределённости расстройства. Данные, полученные на основании сопоставления с нормой, необходимо подвергнуть тщательному клинико-психологическому анализу, внимательно квалифицировать. Выделенная группа детей после проведения фокусированного скрининга должна стать основой группы риска, основой для углубленного динамического этапного наблюдения за ребёнком врачами (прежде всего, психиатром и неврологом) и клиническим психологом.

Особенности развития: норма и РАС. 3 месяца

Моторное развитие	Может лежать на животе несколько минут, опираясь на предплечья и хорошо удерживая голову. Тянется за предметом, но, как правило, промахивается. Если посадить и потянуть за ручки вперёд, голова откидывается или не откидывается назад, по качивается, сохраняется изгиб спины. В вертикальном положении ноги подкашиваются в коленях, рефлекс опоры и ходьбы выявляются с трудом. Сжимает и разжимает кулаки. Держит несколько секунд бутылочку, но не фиксирует на ней внимания.	Неуверенная опора на предплечья. Плохо удерживает голову в положении лежа на животе. Одновременное движение головки и плечевого пояса (в горизонтальной плоскости: то в одну, то в другую сторону). Периодами одновременное подтягивание ног к животу, биение обеими ножками по поверхности постели. В кистях рук, в трёх крайних пальцах периодически появляются волнообразные движения, напоминающие атетозные.
Слух	Поворачивает голову к источнику звука.	Отсутствие или недостаточная реакция на слуховые раздражители.
Зрение	Взгляд внимательный. Фиксирует взгляд с расстояния 20–25 см. Следит за объектом несколько секунд. Наблюдает за движением рук. Рассматривает мелкие объекты на расстоянии более 25–30 см.	«Взгляд в себя», «в никуда», отсутствуют фиксация взгляда на лице человека, глазное слежение.
Социальное поведение и понимание	Комплекс оживления на говорящее лицо. Смеётся, когда с ним играют. Узнаёт мать. Распознаёт знакомые повторяющиеся ситуации (кормление, купание). Выказывает неудовольствие, когда оставляют одного.	Тенденция к принятию эмбриональной позы. Плач, сменяющийся состояниями безучастности, вялости. Зажмуривание и отстранение от прильнувшей к нему матери. Не смотрит на мать, когда она заговаривает с ним, негативизм к тактильному контакту (особенно при переодевании). Не взаимодействует, когда мать держит его на руках.

Особенности развития: норма и РАС. 6 месяцев

Общая моторика	Передвигается по манежу, переставляя руки, или ползает. Переворачивается с живота на спину, повторяет одно и то же действие с предметами. В положении стоя подпрыгивает вверх-вниз. Садится с минимальной поддержкой.	Нет попыток взять игрушку или предмет и манипулировать ими: недостаточно стремление к деятельности, недостаточно успешна и сама деятельность. Имеющиеся элементы деятельности стереотипны и лишены элементов целенаправленности. Часто раскачиваются на коленях, не ползают.
Тонкая моторика	Всё хватает, тянет в рот. Перемещает предметы из одной руки в другую, держит бутылочку.	Не может ухватить игрушку. Если вложить игрушку в руку, целенаправленных манипуляций не осуществляет.
Слух	Локализует звук справа и слева, реагирует на источник звука, находящийся под углом 45°, поворачивает голову в сторону источника звука.	Не реагирует на звук, находящийся вне поля зрения. У некоторых гиперсензитивность к отдельным звукам.
Зрение	Прослеживает взгляд взрослого, следит за объектом на расстоянии до 1 м по дуге 180°, следит за шариком Ø6 мм на расстоянии 3 м.	У многих зрительная гиперсензитивность, испуг при включении света.
Слух	Поворачивает голову к источнику звука.	Отвержение слухового восприятия, отсутствие готовности к прислушиванию.
Речь	Гулит, используя согласные.	У многих нет гуления, достаточно чётких фонем, не появляются первые слоги. Сохраняется низкий горловой, похожий на утробный, крик; отсутствует плач.

Функции	Нормальное развитие	РАС
Социальное поведение, коммуникация и игра	При виде матери беспокоится или оживляется. Тянет руки, когда хочет, чтобы его взяли на руки. Отмечаются первые попытки подражания. Хорошо ест из ложки. Любит играть с бумагой и другими шуршащими предметами. Улыбается отражению в зеркале. Играет в «ку-ку», при этом смеётся. К незнакомым людям дружелюбен, при приближении знакомых радуется.	Задержка узнавания лица матери. Не дифференцирует мать. Не протягивает ручки взрослому, как бы прося взять на руки. Не пытается подражать. Не различает живое и неживое (протодиакризис). Возможна фиксация взгляда на лице матери (но не «глаза в глаза»). Своих и чужих дифференцирует плохо и без выраженной эмоциональной реакции, то же — в отношении «позы готовности».

Особенности развития: норма и РАС. 12 месяцев

Двигательное развитие	Садится самостоятельно из положения лёжа. Ползает на четвереньках. Пытается вставать. Самостоятельно приседает и встаёт. Ходит, держась за руку, или самостоятельно. Указывает на объект указательным пальцем. Поднимает шарик Ø3мм пинцетным захватом большого и указательного пальцев.	Большинство ходит, держась за руку взрослого, долго не переходит к самостоятельной ходьбе. Походка «деревянная», порывистая, некоординированная. Часто ходьба на цыпочках. Ходьба и бег часто появляются фактически одновременно. Мышечный тонус чаще снижен, реже изменён по гипертоническому типу. Актуальный уровень развития моторики в сравнении с 6 мес. растёт медленно, увеличивается разрыв с возрастной нормой.
Слух	Поворачивается, когда слышит собственное имя. Дифференцирует тон голоса. Локализует источник звука по вертикали.	На собственное имя часто не реагирует. У части детей гиперсензитивность к звукам, некоторые не реагируют на звук, несмотря на отсутствие нарушений слуха.

Функции	Нормальное развитие	РАС
Зрение	Видит и следит за шариком Ø3 мм, поднимающимся на высоту 3 м. Сравнивает (подбирает в пару) два разных объекта.	Фиксирует взгляд на объектах со спокойной, монотонной динамикой: текущая вода, сыплющийся песок и т.п. Глазной контакт не устанавливает или устанавливает кратковременно и формально («взгляд сквозь»). Настойчивый поиск определённых зрительных ощущений.
Речь	Лепет, имитирующий структуру предложений. Подражание звукам. Первые слова («мама», «папа», «баба», «дай», «на» и т.д., реже названия предметов). Понимает отдельные слова, инструкции, сопровождаемые жестами, простую обращённую речь.	Мутизм или отдельные слова номинативного характера, не связанные с объектом, чаще не симпрактические. «Мама» (папа, баба), «дай» без обращения. Избирательное отношение к словам. Задержка понимания обращённой речи, избирательная реакция на речь.
Социальное поведение и игра	Имитирует звуки и движения (например, хлопает в ладоши). Пьёт из чашки, ест пальцами, ищет спрятанную игрушку. Указывает на объект, который хочет получить. Обращает внимание на лицо говорящего. Аффективно реагирует на непонимание взрослыми своих желаний, выражает несогласие с ситуацией. Демонстрирует совместное внимание, исследовательское поведение. Беспокоится, когда подходят незнакомые. Выполняет простейшие бытовые действия (ест ложкой, пытается причёсываться). Играет с водой, мелкими предметами, проявляет интерес к простым механизмам, устройствам.	Отношения с матерью иногда по типу «симбиоза», некоторые «не видят» мать. Обследует людей как неодушевлённые предметы. Детей (особенно своего возраста) старается избегать, часто проявляет агрессию по отношению к ним. Не указывает пальцем на интересующий объект. Не пытается разделить свои впечатления, эмоции с другими. Прimitивные манипуляции с неигровыми предметами или использование игрушек не по назначению. О витальных потребностях может сигнализировать, но без обращения. Задержка формирования навыков опрятности.

Особенности развития: норма и РАС. 18 месяцев

Двигательное развитие	Ходит, слегка расставляя ноги в стороны, при ходьбе руки держит близко к туловищу (из осторожности). Бегает. Перестаёт бросать игрушки на пол с расчётом, что поднимут и вернут, перестаёт брать игрушки в рот. Поднимает шарик Ø3 мм точным пинцетным захватом. Ест ложкой, пьёт из чашки самостоятельно. Различает детали на картинках. Хорошо определяет источник и локализацию звуков.	Ходит либо крайне осторожно, либо порывисто, импульсивно. Становятся более выраженными стереотипии: серии прыжков, вертится вокруг своей оси, совершает повторные машущие движения пальцами или всей кистью. Двигательные стереотипии носят вычурный характер. Постукивания двумя первыми пальцами, три остальных прижаты к ладони. Более высокий уровень ловкости в привычной обстановке, чем в непривычной. Попытки развития навыков общей и тонкой моторики недостаточно успешны и неравномерны по результату. У части детей — явное предпочтение использования периферического зрения. Контакт «глаза в глаза» малодоступен. Многие не любят яркого света, некоторые не боятся темноты, любят быть в тёмной комнате. У многих сохраняется стремление к обнюхиванию и облизыванию.
Речевое развитие	Различает по назначению и названию многие предметы. Выполняет простые инструкции, показывает части тела. Использует в речи 20 и более слов.	Речевое развитие искажено и нарушено в разной степени: мутизм; отдельные слова, слабо соотносимые с предметом; эхолалии; слова-штампы, фразы-штампы; запоминает и воспроизводит ритмически организованные фрагменты текстов. В речи отсутствует обращение.

		Понимание обращённой речи отстаёт от нормы, но иногда маскируется ассоциативными реакциями. Отставание формирования речевого слуха.
Коммуникативное развитие	Указывает на объект, выражая интерес, привлекая внимание к нему, просит о помощи, использует жест, мимическую экспрессию.	Вместо обращения за помощью — констатация потребностей. Речь, жесты, мимика, позные реакции в целях общения не употребляются или употребляются очень мало и не вполне адекватно. Иногда воспроизведение стихов, песен без осмысления содержания. У некоторых развиваются симбиотические отношения с матерью, у части детей — «не замечает», «не видит» мать.
Социальное поведение и игра	Копирует действия взрослых, любит сидеть на коленях и чем-нибудь заниматься (например, рассматривать книги). Эмоционально зависим от взрослых. Осмысленно играет с игрушками, в играх есть социо-имитативные и сюжетные элементы.	Отвержение помощи при обучении и в быту или, наоборот, чрезмерная зависимость от неё; стремление к постоянству в окружающем. Неразвито двигательное подражание. Запоздывание формирования бытовых навыков, навыков самообслуживания и опрятности. Диссоциация в применении навыков в спонтанной и произвольной ситуациях. Игра примитивная, стереотипная, манипулятивная, лишённая подражательности и элементов сюжета, часто используются неигровые предметы.

Особенности развития: норма и РАС. 24 месяца

Двигательное и сенсорное развитие, действия с предметами	Бегают, может бить по мячу ногой, поднимается и спускается по ступенькам, держась за руку или за перила. Пробует ловить мяч. Строит башню из 6–7 кубиков, рисует карандашом или фломастером круговые каракули. Может узнавать и называть изображённые на картинках предметы, выполняет простые команды. Выявляется право/леворукость.	В части случаев регресс в двигательной сфере. Практически всегда отставание от уровня возрастной нормы. В произвольных движениях мешковатость, неуклюжесть, хотя в спонтанной двигательной активности нередко пластичность в сочетании с дисметричностью. Много стереотипных манипуляций с предметами: постукивания, верчения, перекладывания из руки в руку и др. В сенсорном развитии — то же, что и в 18 мес., иногда обострение нетипичных проявлений и страхов, связанных с сенсорным восприятием. Отчётливые трудности формирования целостного сенсорного образа (фиксация внимания на деталях).
Речевое развитие	Использует не менее 50 слов. Распознаёт и называет части тела и часто встречающиеся объекты. В речи появляются фразы из двух-трех слов.	У части детей регресс в речевом развитии вплоть до мутизма. В других случаях — слова-штампы, фразы-штампы, комментирующие фразы, короткие и часто аграмматичные, редко — «нормально» развитая некоммуникативная «взрослая» речь, интонационно обедненная.
Коммуникативное развитие	Обращается за помощью, задаёт вопросы об окружающем. Узнаёт и называет близких людей на фотографии. В общении использует не только речь, но и жест, мимику.	Основное: недоразвитие и/или нарушение коммуникативной функции жестов, мимики, других невербальных средств общения. Многие не узнают на фотографиях близких и себя.

Социальное поведение и игра

Играет в подражательные социально-имитативные игры с игрушками (например, заварить чай, налить его в чашки и напоить чаем кукол), иногда в игре есть элементарный сюжет. Играет чаще вблизи других детей, чем с ними. Требуется внимания родителей, эмоционально зависим от них, негативно реагирует на невыполнение просьб и требований. Частично может одеваться и раздеваться, владеет навыками опрятности.

Отношение к контакту с другими людьми амбивалентное, контакты с детьми игнорируются, либо отмечается страх детей. Даже с близкими общение в основном формальное и ограниченное. Реакция на словесное обращение, в том числе на обращение по имени, часто отсутствует. Нет совместного внимания (трудно привлечь внимание к определённой объекту, сам к интересующим его объектам привлечь внимание других не стремится). В части случаев приостановка или регресс в развитии навыков опрятности, бытовых навыков. Стремление к самостоятельности отсутствует или ослаблено и (или) искажено. Приостановка или регресс в развитии навыков опрятности, бытовых навыков.

Комплексная оценка особенностей развития ребёнка с РАС в сравнении с нормой в течение первого года жизни позволяет выделить ряд признаков, указывающих на возможность формирования расстройств аутистического спектра:

1. Отсутствие или искажённость контакта «глаза в глаза», нередко в сочетании с патологической фиксацией взгляда на витально-индифферентных раздражителях;
2. Трудности формирования совместного внимания;

3. Особенности сенсорных реакций (гиперестезия, парадоксальное восприятие, гипостезия);
4. Наличие стереотипных форм поведения (прежде всего, двигательных стереотипий);
5. Бóльшая успешность в спонтанной активности в сравнении с выполнением сходных по сложности заданий;
6. Сверхсильная симбиотическая связь с матерью;
7. Недостаточная активность во взаимодействии с окружающими;
8. Отсутствие достаточной избирательности в контактах.

В ряде случаев возникает необходимость уточнения качественной характеристики некоторых симптомов, указывающих на возможность развития нарушения психического развития на ранних этапах онтогенеза, что делает актуальным те или иные виды углублённого обследования и разработки средств ранней помощи. Данные диагностических исследований следует рассматривать не изолированно, но в комплексе.

Если в той или иной области выявляется задержка, искажение или иной вариант нарушения, то в таких случаях требуется проведение дальнейших диагностических мероприятий.

При многих нарушениях речевого развития необходимо тщательно исследовать состояние слуха (объективная аудиометрия); трудности формирования мелкой моторики заставляют уточнить остроту зрения ребёнка; поведенческие проблемы легче решать, используя анализ семейных видеозаписей; выявление сочетания определённых наследственных стигм — цитогенетическое исследование и т. д.

В течение второго года жизни оценка психического развития ребёнка может проводиться ежеквартально. Обследование ребёнка в этот период направлено на получение данных, прежде всего: о речевом развитии, двигательной и эмоционально-волевой сфере, коммуникации, формировании культурно-гигиенических и бытовых навыков, самостоятельности. На втором году жизни у детей с группой риска по аутизму в клинической картине основные

диагностические признаки аутизма проявляются более отчётливо, чем в первый год. Это находит то или иное выражение в каждой психической функции, но разное в каждой из них в зависимости от места этой функции в клинико-психологической структуре аутизма:

1. Отсутствие или искажение потребности в общении;
2. Отсутствие или дефицитарность целенаправленного поведения;
3. Качественное нарушения социального взаимодействия;
4. Своеобразие речевого развития (недостаточность коммуникативной функции речи);
5. Двигательные, поведенческие и иные стереотипии;
6. Стремление к привычному постоянству в окружающем, противодействие изменениям в окружении, страх всего нового («феномен тождества»);
7. Своеобразие моторного развития.

Приведённые в таблицах признаки нарушения развития:

1. Позволяют с достаточно значительной вероятностью прогнозировать развитие РАС к возрасту 3–4 лет;
2. Являются основой для фокусированного скрининга и в дальнейшем для установления диагноза, подбора средств и методов профилактики и комплексной коррекции РАС для каждого выявленного случая, а также разработки стратегии и тактики комплексного сопровождения при РАС в целом.

Организация ранней помощи детям с расстройствами аутистического спектра

Все диагностические и лечебно-коррекционные мероприятия для детей с аутизмом должны проводиться в соответствии со специально разработанным для этих целей планом.

Организационно первым звеном является территориальная детская поликлиника. В случае выявления у ребёнка признаков, указывающих на возможность формирования РАС, педиатр должен провести беседу с родителями, в которой нужно объяснить, что такое аутизм, в чём особенности детей с такими нарушениями развития, почему столь важны ранняя диагностика и сотрудничество специалистов и родителей. Очень важно правильно реагировать на неизбежные вопросы о причинах аутизма и прогнозе, постараться ограничиться информацией о сложности, недостаточной изученности и неоднозначности этих вопросов и переключить родителей на то, что совместными усилиями специалистов и родителей можно добиться многого в адаптации ребёнка к жизни. Не следует фиксировать внимания родителей на таких моментах, как невозможность излечения аутизма, его пожизненный характер, определённая вероятность формирования тяжёлых нарушений.

Учитывая, что на данном этапе заключение носит предварительный

характер, следует обсудить с родителями дальнейшие диагностические мероприятия: их перечень индивидуален, но включает обязательно неврологическое обследование, ЭЭГ и другие электрофизиологические исследования, лабораторные исследования, а также наблюдения за поведением ребёнка (желательно с видеофиксацией).

Перечисленные обследования могут быть выполнены в территориальной поликлинике, но, если есть такая возможность, это лучше сделать в центре ранней помощи, куда педиатр, выявив у ребёнка наличие признаков, указывающих на возможность формирования РАС, должен его направить.

Исходя из особенностей развития ребёнка необходимо сформулировать лечебно-профилактическую и коррекционную концепцию, которая должна максимально точно и полно учитывать состояние ребёнка, особенности его развития, понимание ситуации родителями и их способность к сотрудничеству со специалистами. К реализации этой лечебно-профилактической и коррекционной концепции на данном этапе помимо педиатра и детского невролога привлекаются клинический психолог, детский психиатр, коррекционный педагог и другие специалисты, участие которых будет сочтено необходимым.

Лечебно-терапевтический план включает и временной аспект: если на начальных этапах оптимальными являются краткосрочные планы, то в последующем, по мере изучения особенностей и возможностей ребёнка, можно прогнозировать более уверенно и перейти к более долгосрочным планам. В диагностическом исследовании целесообразно выделить три этапа.

1. Этап первичной диагностики

Основные задачи:

Выявление нарушений развития; определение средств и методов дальнейшей диагностики; определение вероятных подходов к абилитации и терапии.

Основные методы:

Наблюдение за ребёнком, анамнестический метод, беседа с родителями, использование опросников и анкет для родителей и иных диагностических инструментов популяционного скрининга.

Участвующие специалисты:

Врач-педиатр, врач-невролог, клинический психолог, врач-психиатр и другие³.

Методы дополнительной диагностики:

ЭЭГ, ЭхоЭГ, при необходимости нейровизуализация и другие методы.

Результат:

Выявление первичной группы риска по РАС, определение направлений дальнейшей диагностической работы и лечебно-коррекционных мероприятий; закладка преемственности в наблюдении за ребёнком.

2. Этап динамической диагностики

Основные задачи:

Формирование группы риска по РАС в процессе динамического наблюдения и в результате применения психологических методов фокусированного скрининга, разработка первичных индивидуальных развивающих программ⁴, обучение родителей методам воспитания и обучения ребёнка.

Основные методы:

Клиническое наблюдение в период непосредственного обследования и в ходе естественной деятельности ребёнка, экспериментально-психологические методы фокусированного скрининга.

Участвующие специалисты:

Врач-педиатр, врач-невролог, врач-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.

³ Здесь и для других этапов: все психолого-педагогические сотрудники должны пройти специализацию или повышение квалификации по диагностике и коррекции РАС.

⁴ Например, по типу Детской модели раннего старта (ESDM) или Раннего интенсивного поведенческого вмешательства (EIBI).

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. Этап установления диагноза и определения стратегии лечебно-коррекционной работы

Основные задачи:

Установление диагноза (после 3 лет), уточнение уровня развития отдельных психических функций и особенностей поведения, социально-психологическая поддержка семьи, коррекционная психолого-педагогическая работа, при необходимости — медикаментозное лечение.

Основные методы:

Динамическое клинико-психологическое наблюдение, тестовое обследование состояния отдельных психических функций и особенностей поведения, индивидуальные и/или групповые коррекционные психолого-педагогические занятия, консультирование и обучение родителей, при необходимости психотерапия.

Участвующие специалисты:

Врач-психиатр, врач-невролог, врач-педиатр, клинический психолог, педагог-дефектолог, логопед.

Методы дополнительной диагностики:

Биохимические исследования крови, ЭЭГ, при необходимости другие.

Результат:

Установление диагноза, активное сотрудничество органов здравоохранения и образования, переход в специальные или общие дошкольные образовательные организации, решение вопроса об установлении инвалидности и формирование индивидуальной программы реабилитации.

Особенность предлагаемого диагностического подхода состоит в том, что он рассматривается как ведущий компонент лечебно-коррекционной работы, обеспечивающий оптимизацию развития в процессе комплексной абилитации. Выявление РАС в раннем возрасте и последующее правильное установление диагноза, своевременное начало абилитационных мероприятий с использованием современных эффективных методов психолого-педагогической коррекции и при необходимости психофармакотерапии создают базу для положительной динамики и способствуют решению проблемы вторичной профилактики даже при тяжёлых и осложнённых формах аутизма.

В то же время, эффективность абилитации детей с РАС зависит не только от правильного выбора диагностических и лечебно-коррекционных методов, но и от адекватности организационных решений.

Приложение 1. Прескрининг

№	Название	Авторы	Примечания
1.	CHAT — CHecklist for Autism in Toddlers, вопросник по поводу аутизма у детей раннего возраста	Baron-Cohen, Allen & Gillberg, 1992	Вопросник из 14 пунктов: 9 — для родителей, 5 — для работников первого звена системы здравоохранения; возраст — 18 мес., занимает до 20 мин.
2.	M-CHAT — Modified CHecklist for Autism in Toddlers, модифицированный вопросник по поводу аутизма у детей раннего возраста	Robins, Fein, Barton & Green, 2001	Вопросник из 23 пунктов для родителей или воспитателей; возраст — 16–30 мес., занимает до 20 мин.
3.	Q-CHAT, Quantitative CHecklist for Autism in Toddlers	Allison, Baron-Cohen, Wheelwright, Charman, Richler, Pasco, Brayne, 2008.	Вопросник из 25 пунктов для родителей или воспитателей; каждый пункт оценивается по 5-балльной шкале (0–4). Возраст 18–24 месяца; занимает 5–10 мин.
4.	ESAT — Early Screening for Autism Traits, ранний скрининг признаков аутизма	Swinkels S. H. N., Dietz C., van Daalen E., Kerkhof I.F.G.M., van Egeland H. & Buitelaar J. K., 2006	Вопросник из 14 пунктов для работников системы здравоохранения; предварительно — беседа с родителями; возраст — 14 мес., занимает до 5–10 мин.

№	Название	Авторы	Примечания
5.	SCBS-DP — The Communication and Symbolic Behavior Scales, шкалы коммуникации и символического поведения — профиль развития (или ITC — Infant toddler checklist, вопросник по младенческому и раннему возрасту)	Wetherby & Prizant, 2002	Вопросник для родителей детей от 6 до 24 месяцев. Позволяет выделить детей с коммуникативными нарушениями как с РАС, так и без РАС.
6.	PDDST (stage 1) — Pervasive Developmental Disorders Screening Test, скрининговый тест на pervasive расстройства развития, стадия 1	Siegel, 1996	Прескрининговый вопросник для родителей; касается невербальной коммуникации, темперамента, игры, речи и социальной активности.
7.	CESDD — Checklist for Early Signs of Developmental Disorders, part 1; вопросник по ранним знакам нарушений развития, часть 1	Dereu M., Warreyn P., Raymaekers R., Veirsschaut M., Pattyn G., Schietekatte I., Roeyers H., 2010	12 вопросов для специалистов и воспитателей. Возраст — 12 месяцев. Занимает 5–10 мин.
8.	Early Indicators of Autism Spectrum Disorders in the Second Year of Life, ранние индикаторы РАС на втором году жизни	Wetherby, Woods, Allen, Cleary, Dickinson, & Lord, 2004	Дифференциация РАС с типичным развитием и другими нарушениями развития; ориентировано на специалистов; возраст 12–24 месяца.

Приложение 2. Тесты и вопросники для скринингового выявления группы риска (фокусированный скрининг)

№	Название	Авторы	Примечания
1.	CSBS-DP, SORF — The Communication and Symbolic Behavior Scales — Developmental Profile, Scales of the Red Flag, Шкалы коммуникации и символического поведения — профиль развития — «Шкалы красного флага»	Wetherby & Prizant, 2002	Вопросник для родителей. SOFR позволяет выделить детей с речевой патологией из группы детей с коммуникативными проблемами. Возраст — 6–24 месяца
2.	PDDST — Pervasive Developmental Disorders Screening Test, (stage 2), скрининговый тест на первичные расстройства развития	Siegel, 1996	Вопросник для родителей, предназначен для дифференциации РАС от других нарушений развития; касается невербальной коммуникации, темперамента, игры, речи и социальной активности
3.	SCQ — The Social Communicative Questionary, Социально-коммуникативный вопросник	Rutter, Bailey, Lord & Berument, 2003	Вопросник для родителей и воспитателей, разработан для выделения детей с РАС в целях научных исследований. Предназначен для детей возраста около 3 лет.

№	Название	Авторы	Примечания
4.	STAT — The Screening Test for Autism in Two-Year-Olds, скрининговый тест на аутизм у двухлетних	Stone, Coonrod & Ousley, 2000	12 вопросов и заданий; выполняется после взаимодействия с ребёнком, требует предварительной подготовки; возраст — 24–36 мес., занимает до 20 мин.
5.	CARS — The Childhood Autism Rating Scale, рейтинговая шкала для детского аутизма	Schopler, Reichler & Renner, 1988	15 шкал, по каждой из которых даётся полуколичественная оценка (7 градаций) поведения и др. особенностей ребёнка с подозрением на группу риска по аутизму
6.	RS — Gilliam Autism Rating Scale, рейтинговые шкалы Gilliam для детского аутизма	Gilliam, 1995	Вопросник для регистрации результатов наблюдения за ребёнком с подозрением на группу риска по аутизму. Предназначен для детей возраста от 3 лет.
7.	CESDD — Checklist for Early Signs of Developmental Disorders, part 2; вопросник по ранним знакам нарушений развития, часть 2	Dereu M., Warreyn P., Raymaekers R., Veirsschaut M., Pattyn G., Schietekatte I., Roeyers H., 2010	9 вопросов для специалистов и воспитателей. Возраст — 24 месяца. Занимает 5–10 мин.
8.	Метод раннего выявления детей с аутизмом	Е. Р. Баенская, 2007	10 вопросов, объединённых в 4 группы, обращённых к психологу; применяется только после взаимодействия с ребёнком.

Приложение 3. Вопросники и интервью для установления диагноза РАС

№	Название	Авторы	Примечания
1.	ADI-R — Autism Diagnostic Interview — Revised, интервью для диагностики аутизма (пересмотренное)	Lord, Rutter & LeCouteur, 1994	Полуструктурированное интервью для установления диагноза РАС. Выделяются симптомы и оценивается их выраженность в областях коммуникации, реципрокного социального взаимодействия, ограниченных и повторяющихся форм поведения; выделены вербальные и невербальные проявления. Дифференцирует РАС и другие нарушения развития. От 3 лет, но есть версия для раннего возраста.
2.	ADOS — Autism Diagnostic Observation Schedule, диагностическое расписание наблюдения аутизма	Lord C., Risi S., Lambrecht L., Cook E. H., Levental B. L., DiLavore et al., 2000	Включает 4 модуля соответственно уровням речевого развития. Направлен на коммуникацию, реципрокное социальное взаимодействие, речь, ограниченные и стереотипные формы поведения. Есть модификация для раннего возраста. Использование требует специальной подготовки.

№	Название	Авторы	Примечания
3.	AOSI — Autism Observation Scale for Infants, шкалы для наблюдения аутизма у младенцев	Bryson S. E., Zweigenbaum L., McDermot C., Rombough V., Brian J., 2007	Сориентирован на детей возраста 12 месяцев. Используется как опросник для родителей и лист фиксации результатов взаимодействия с ребёнком. Использование требует специальной подготовки.
4.	DISCO — The Diagnostict Interview for Social Communication Disorders, диагностический опросник для выявления социальных и коммуникативных расстройств.	Wing, Leekam, Libby, Gould & Larcombe, 2002	Метод содержит вопросы, направленные на выявление не только РАС, но и других нарушений развития и психических заболеваний.

Приложение 4. M-CHAT-R/F™

Модифицированный список контрольных вопросов для выявления аутизма у младенцев 16–30 месяцев, пересмотренный, с вопросами для последующего интервью. Авторы: Диана Л. Робинс, доктор наук, Дебора Фейн, доктор наук, Марианна Бартон, доктор наук¹

Разрешение на применение M-CHAT-R/F™

Модифицированный список контрольных вопросов для выявления аутизма у младенцев, пересмотренный, с вопросами для последующего интервью (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, & Barton, 2009) — это скрининговый инструмент для оценки риска расстройства аутистического спектра (РАС), основанный на ответах родителей ребенка. Тест доступен для свободного скачивания и применения в клинических, исследовательских и образовательных целях. M-CHAT-R/F и сопутствующие материалы официально разрешается скачивать с сайта www.mchatscreen.com. Тест M-CHAT-R/F защищен авторским правом, и его использование допускается только при соблюдении следующих рекомендаций:

1. Перепечатка или воспроизводство M-CHAT-R должны включать указание на авторские права внизу (©2009 Robins, Fein, & Barton). Не допускается никаких изменений в вопросах, инструкциях и порядке вопросов без разрешения авторов.
2. Тест M-CHAT-R можно использовать только полностью. Данные исследований указывают на то, что никакие выбо-

рочные группы вопросов не обладают необходимыми психометрическими качествами.

3. Стороны, заинтересованные в печати теста M-CHAT-R/F (например, в книге или журнальной статье) или в его электронном воспроизведении для использования другими людьми (например, в электронных медицинских картах или ином программном обеспечении) должны связаться с Дианой Робинс для получения разрешения (DianaLRobins@gmail.com).

4. Если вы работаете в медицинском учреждении и хотите внедрить первую часть вопросов M-CHAT-R в электронные журналы врачей вашей клиники, то это решение только приветствуется. Однако если вы хотите распространять ваше программное обеспечение за пределами своего учреждения, то, пожалуйста, обратитесь к Диане Робинс с запросом на лицензионное соглашение.

Разрешение на использование

Модифицированный список контрольных вопросов для выявления аутизма у младенцев, пересмотренный, с вопросами для последующего интервью (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, & Barton, 2009) был разработан в дополнение к M-CHAT-R. Тест M-

¹ Мы благодарим Диану Робинс, Дебору Фейн и Марианну Бартон за возможность использовать M-CHAT-R/F™. Мы выражаем признательность исследовательской группе M-CHAT в Испании за разработку блок-схемы, которая используется в данном документе. Елизавету Морозову за перевод текста. За дополнительной информацией можно обращаться на сайт: www.mchatscreen.com либо к Диане Робинс по адресу DianaLRobins@gmail.com

CHAT-R/F можно скачать на сайте www.mchatscreen.com.

M-CHAT-R/F защищен авторским правом, использование этого инструмента ограничено авторами и владельцами авторских прав. M-CHAT-R и M-CHAT-R/F можно использовать для клинических, исследовательских и образовательных целей. Хотя этот тест можно использовать для этих целей бесплатно, он не является открытым материалом и все еще защищен авторским правом. Лица, заинтересованные в применении M-CHAT-R/F в коммерческой или электронной продукции, должны запросить разрешение у Дианы Л. Робинс (DianaLRobins@gmail.com).

Инструкция по применению

Опрос по M-CHAT-R можно проводить и подсчитывать результаты во время стандартного медицинского осмотра ребенка педиатром, его также могут использовать специалисты, которые определяют возможный риск РАС. Основная цель M-CHAT-R — повысить чувствительность к возможным симптомам, чтобы выявить как можно больше случаев РАС. По этой причине для теста характерен высокий уровень ложноположительных результатов, другими словами, не всем детям, у которых был выявлен риск РАС по результатам теста, будет поставлен этот диагноз. Для решения этой проблемы мы разработали вопросы для последующего интервью с родителями (M-CHAT-R/F). Специалисты, использующие тест, должны понимать, что даже при последующем интервью результаты

не означают, что у ребенка будет диагностировано РАС. Тем не менее, для этих детей существует высокий риск других нарушений и задержек развития, так что диагностическое обследование необходимо всем детям с положительными результатами по тесту. Подсчет результатов по M-CHAT-R обычно занимает не более двух минут. Дополнительные документы и инструкции по подсчету результатов можно скачать в Интернете по адресу: <http://www.mchatscreen.com> M-CHAT-R/F был разработан для применения вместе с M-CHAT-R — валидным скрининговым инструментом для выявления риска аутизма среди младенцев в возрасте от 16 до 30 месяцев. Пользователи должны понимать, что довольно часто у детей, не прошедших тест M-CHAT-R, так и не диагностируют РАС, даже если применяются расширенные вопросы. Однако для таких детей существует повышенный риск других нарушений и задержек развития, так что дополнительное тестирование рекомендуется всем детям с положительными результатами теста. Как только кто-то из родителей ответил на вопросы M-CHAT-R, подсчитайте общее количество баллов. Если у ребенка положительный результат, то выберите расширенные дополнительные вопросы в соответствии с теми вопросами, которые ребенок не прошел в изначальном тесте. Во время интервью нужно обсуждать с родителями только те вопросы, которые не были пройдены. Каждая страница интервью соответствует одному из вопросов теста. Следуйте по блок-схеме страницы и задавайте вопросы до тех пор, пока не будет получен ответ «Пройдено» или «Не пройдено». Пожалуйста, учтите,

что родители могут отвечать на вопросы «возможно». В этом случае спрашивайте их, какой ответ будет верен чаще всего — «да» или «нет»? Продолжайте интервью в соответствии с их ответом. В тех местах, где есть возможность ответа «другое», специалист, проводящий интервью, должен решить сам, пройден ли ответ на вопрос или нет.

Подсчитайте баллы за интервью в соответствии с инструкцией по подсчету баллов для М-СНАТ-R (который состоит из тех же вопросов, но там в качестве ответа нужно указывать да/нет, а во время интервью — пройдено/не пройдено). Результаты интервью считаются положительными, если ребенок не прошел любые два вопроса. При положительном результате интервью М-СНАТ-R/F рекомендуется как можно скорее направить ребенка на диагностическое обследование и в программу раннего вмешательства. Пожалуйста, учтите, что если медицинский работник или родители подозревают, что у ребенка может быть РАС, то ребенка следует направить на обследование независимо от результатов по М-СНАТ-R и М-СНАТ-R/F.

Алгоритм по подсчету результатов

Для всех вопросов за исключением вопросов 2, 5 и 12 ответ «Нет» указывает на риск РАС. Для вопросов 2, 5 и 12 ответ «Да» указывает на риск РАС. Следующий алгоритм позволяет наиболее эффективно использовать психометрические возможности М-СНАТ-R:

Низкий риск:

Общий результат — 0–2 балла.

Если ребенок младше 24 месяцев, то рекомендуется провести повторное тестирование после двух лет. Никаких дальнейших действий не требуется, если наблюдение не указывает на риск РАС.

Средний риск:

Общий результат — 3–7 баллов.

Рекомендуется провести последующее интервью с родителями (вторая стадия теста М-СНАТ-R/F), чтобы собрать дополнительную информацию о реакциях ребенка, указывающих на повышенный риск. Если результат теста М-СНАТ-R/F останется 2 балла или выше, то у ребенка положительный результат теста. Требуется направление ребенка на обследования для диагностики и отбора в программы раннего вмешательства. Если результат последующего интервью составляет 0–1 балл, то результат ребенка отрицательный. Никаких дальнейших действий не требуется, если наблюдение не указывает на риск РАС. Необходимо проводить повторное тестирование во время последующих визитов ребенка к педиатру.

Высокий риск:

Общий результат — 8–20 баллов.

В этом случае можно отказаться от последующего интервью и немедленно направить ребенка на диагностическое обследование, а также обследование для отбора в программы раннего вмешательства.

Опросник М-СНАТ-R™

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о вашем ребенке. Подумайте о том, как обычно ведет себя ребенок.

Если вы наблюдали подобное поведение у ребенка несколько раз, но обычно он так себя не ведет, то,

пожалуйста, отвечайте «нет». Обведите «да» или «нет» после каждого вопроса. Большое спасибо.

№ Вопрос

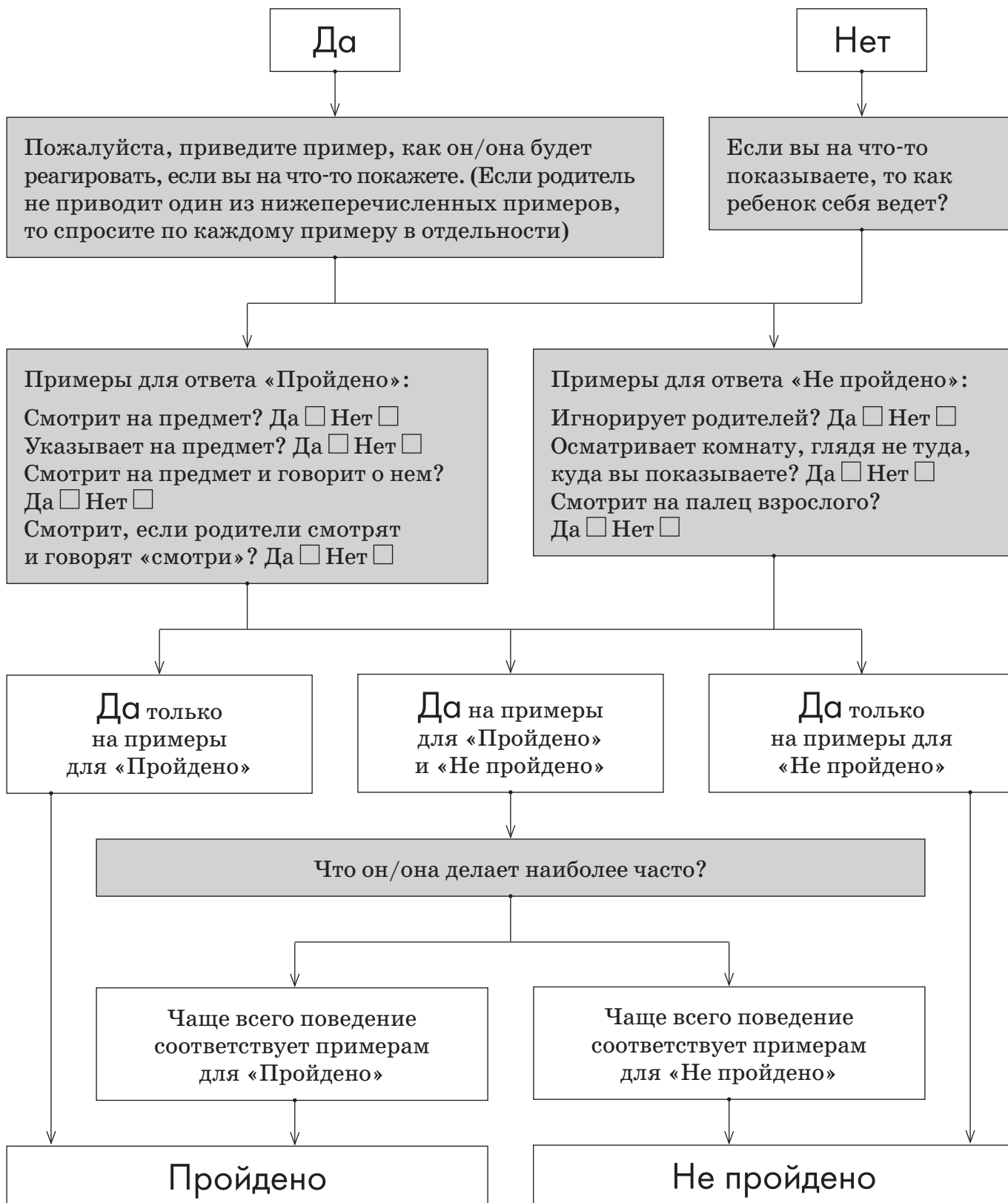
Ответ

- | № Вопрос | Да ☐ | Нет ☐ |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Если вы показываете на что-то в другом конце комнаты, ваш ребенок на это смотрит? (Пример: Если вы показываете на игрушку или животное, ребенок посмотрит на игрушку или животное) | Да ☐ | Нет ☐ |
| 2. Вы когда-нибудь предполагали, что ваш ребенок может быть глухим? | Да ☐ | Нет ☐ |
| 3. Ваш ребенок играет в воображаемые или сюжетно-ролевые игры? (Пример: Ребенок притворяется, что пьет из пустой чашки, делает вид, что говорит по телефону, понарошку кормит куклу или плюшевую игрушку) | Да ☐ | Нет ☐ |
| 4. Ребенку нравится забираться на различные предметы? (Пример: Ребенок любит залезать на мебель, на оборудование детской площадки) | Да ☐ | Нет ☐ |
| 5. Ваш ребенок делает необычные движения пальцами перед глазами? (Пример: Ребенок перебирает пальцами около глаз) | Да ☐ | Нет ☐ |
| 6. Ребенок указывает пальцем, чтобы что-то попросить или получить помощь? (Пример: Ребенок указывает пальцем на лакомство или игрушку, до которой не может дотянуться) | Да ☐ | Нет ☐ |
| 7. Ребенок показывает пальцем, чтобы обратить внимание на что-то интересное? (Пример: Ребенок показывает пальцем на самолет в небе или на большой грузовик на дороге) | Да ☐ | Нет ☐ |
| 8. Ребенок интересуется другими детьми? (Пример: Ребенок наблюдает за другими детьми, улыбается им, идет к ним) | Да ☐ | Нет ☐ |
| 9. Ребенок приносит предметы и поднимает их, чтобы показать вам? (Пример: Ребенок показывает вам цветок, плюшевую игрушку или машинку) | Да ☐ | Нет ☐ |

№	Вопрос	Ответ	
10.	Ребенок отзывается на свое имя? (Пример: Он или она смотрит на вас, говорит или лепечет, прекращает то, что сейчас делает, когда вы зовете его или ее по имени)	Да ☐	Нет ☐
11.	Когда вы улыбаетесь ребенку, он или она улыбается в ответ?	Да ☐	Нет ☐
12.	Ребенка расстраивают обычные звуки? (Пример: Ребенок начинает кричать или плакать от таких звуков, как шум пылесоса или громкая музыка)	Да ☐	Нет ☐
13.	Ребенок умеет ходить?	Да ☐	Нет ☐
14.	Ребенок смотрит вам в глаза, когда вы говорите с ним, играете или одеваете?	Да ☐	Нет ☐
15.	Ребенок пытается копировать то, что вы делаете? (Пример: Машет рукой в ответ, когда вы прощаетесь, хлопает в ладоши, издает смешные звуки)	Да ☐	Нет ☐
16.	Если вы обернетесь и посмотрите на что-нибудь, ваш ребенок обернется, чтобы увидеть, на что вы смотрите?	Да ☐	Нет ☐
17.	Ребенок старается сделать так, чтобы вы посмотрели на него? (Пример: Ребенок смотрит на вас, ожидая похвалу, или говорит «гляди» или «посмотри на меня»)	Да ☐	Нет ☐
18.	Ребенок понимает то, что вы говорите ему или ей? (Пример: Если вы не будете ничего показывать руками, ребенок поймет такие фразы как «положи книжку на стул» или «принеси мне одеяло»)	Да ☐	Нет ☐
19.	Когда случается что-то необычное, ребенок смотрит на ваше лицо, чтобы понять, как вы к этому относитесь? (Пример: Если ребенок слышит странный или непривычный звук или видит новую игрушку, он или она смотрит на ваше лицо)	Да ☐	Нет ☐
20.	Вашему ребенку нравятся подвижные занятия? (Пример: Когда его качают на качелях или раскачивают на коленях)	Да ☐	Нет ☐

Количество баллов:

1. Если вы показываете на что-то в другом конце комнаты, то _____ на это смотрит?



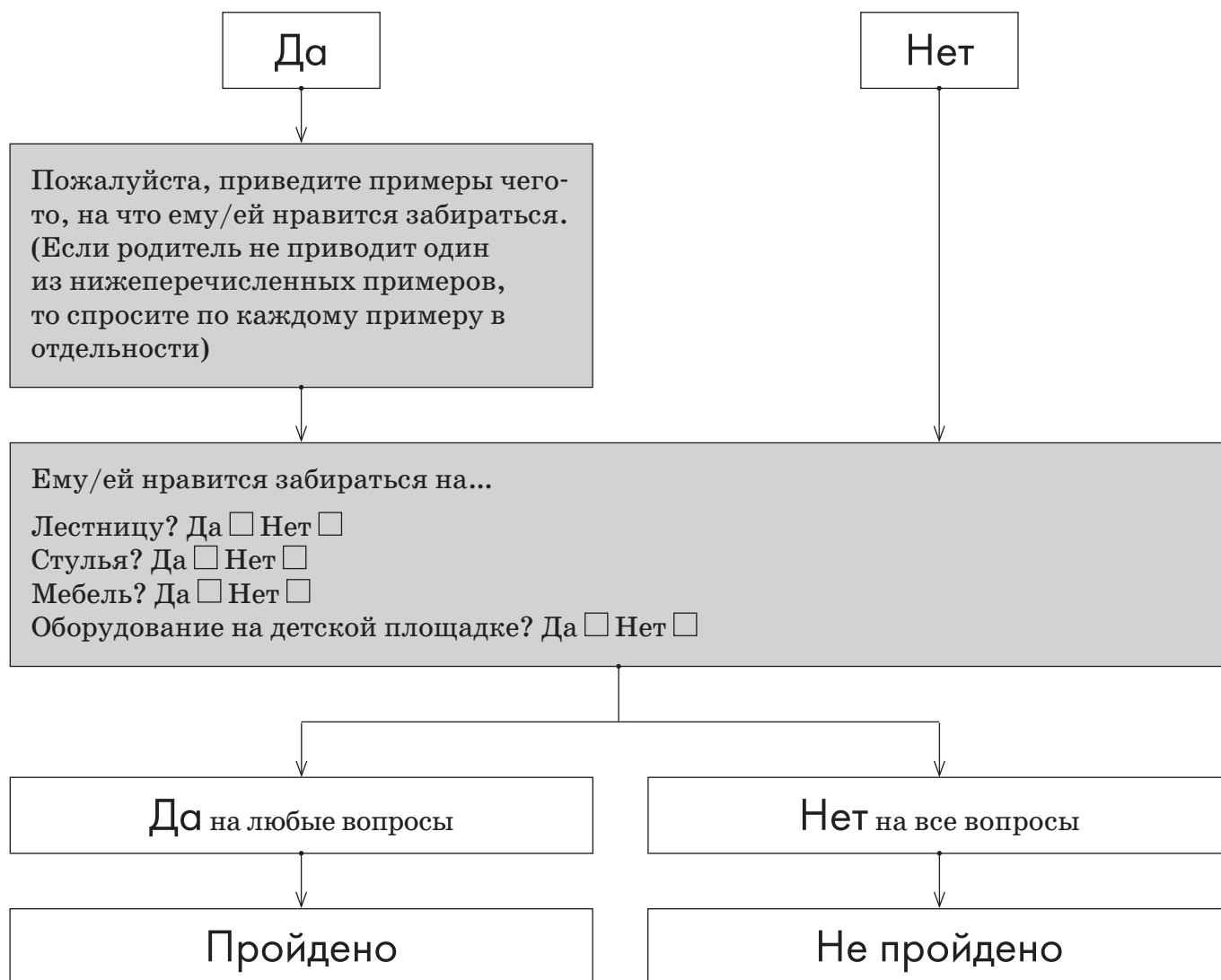
2. Вы сообщили, что подозревали у ребенка глухоту.
Что привело вас к таким предположениям?

Ребенок... Часто игнорирует звуки? Да ☐ Нет ☐ Часто игнорирует других людей? Да ☐ Нет ☐	
Нет на оба вопроса	Да на оба вопроса
Пройдено	Не пройдено
Также всегда спрашивайте для всех детей: У вашего ребенка проверяли слух? Да ☐ Нет ☐	
Да	Нет
Каковы были результаты проверки слуха? (выберите один вариант) Слух в границах нормы ☐ Слух ниже нормы ☐ Результаты неоднозначные или неопределенные ☐	

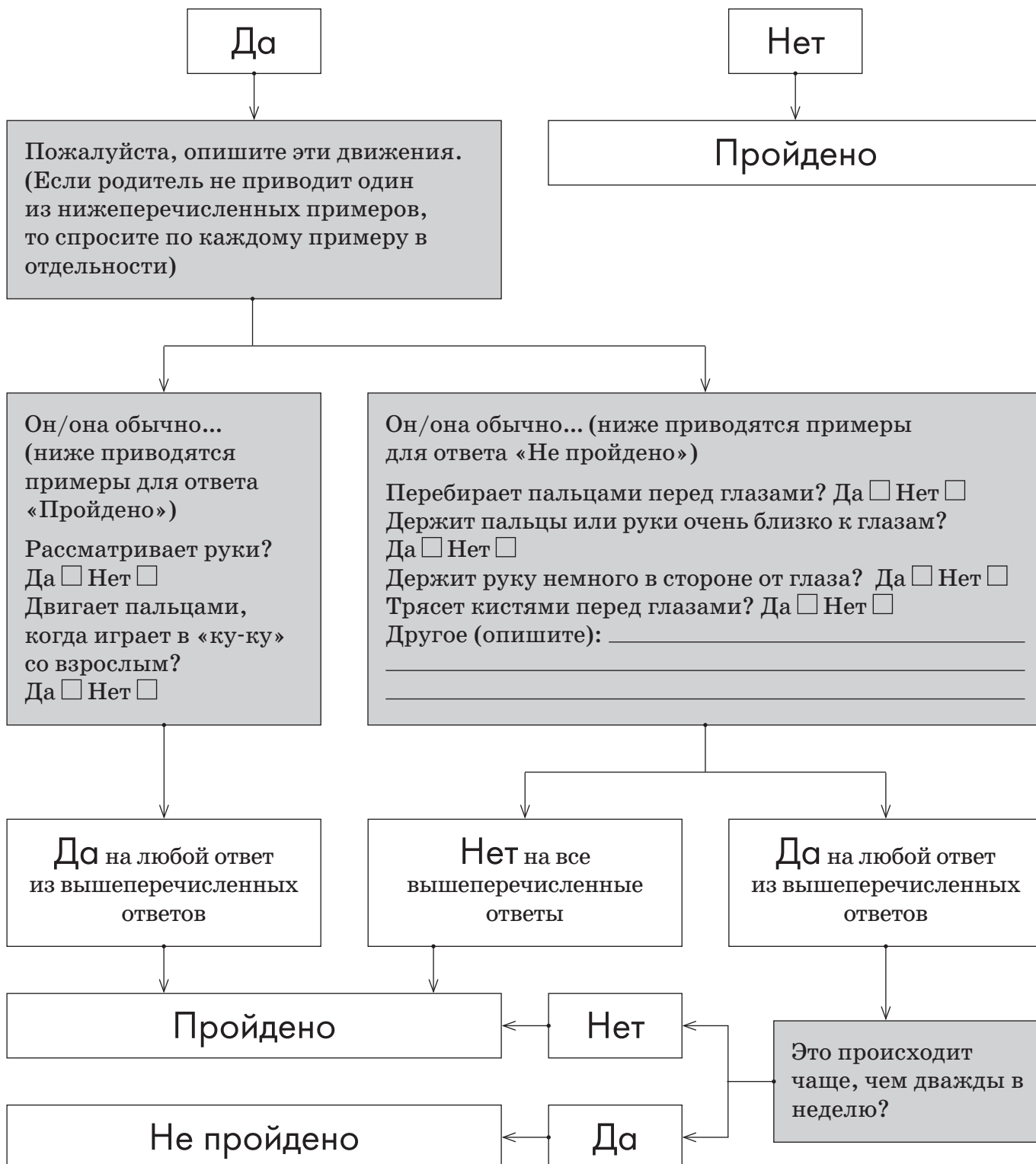
3. _____ играет в воображаемые или сюжетно-ролевые игры?

Да	Нет
Пожалуйста, приведите примеры его/ее воображаемых игр. (Если родитель не приводит один из нижеперечисленных примеров, то спросите по каждому примеру в отдельности).	
Он/она обычно... Притворяется, что пьет из игрушечной чашки? Да ☐ Нет ☐ Притворяется, что ест игрушечной вилкой или ложкой? Да ☐ Нет ☐ Притворяется, что говорит по телефону? Да ☐ Нет ☐ Притворяется, что кормит куклу или плюшевую игрушку реальной или воображаемой едой? Да ☐ Нет ☐ Катит машинку, как будто она едет по воображаемой дороге? Да ☐ Нет ☐ Притворяется роботом, самолетом, балериной или любым другим любимым персонажем? Да ☐ Нет ☐ Ставит игрушечную кастрюлю на воображаемую плиту? Да ☐ Нет ☐ Мешает воображаемую еду? Да ☐ Нет ☐ Сажает фигурку или куклу в машинку, как будто это водитель или пассажир? Да ☐ Нет ☐ Притворяется, что пылесосит ковер или подметает пол? Да ☐ Нет ☐ Другое (опишите): _____ _____ _____	
Да на любые вопросы	Нет на все вопросы
Пройдено	Не пройдено

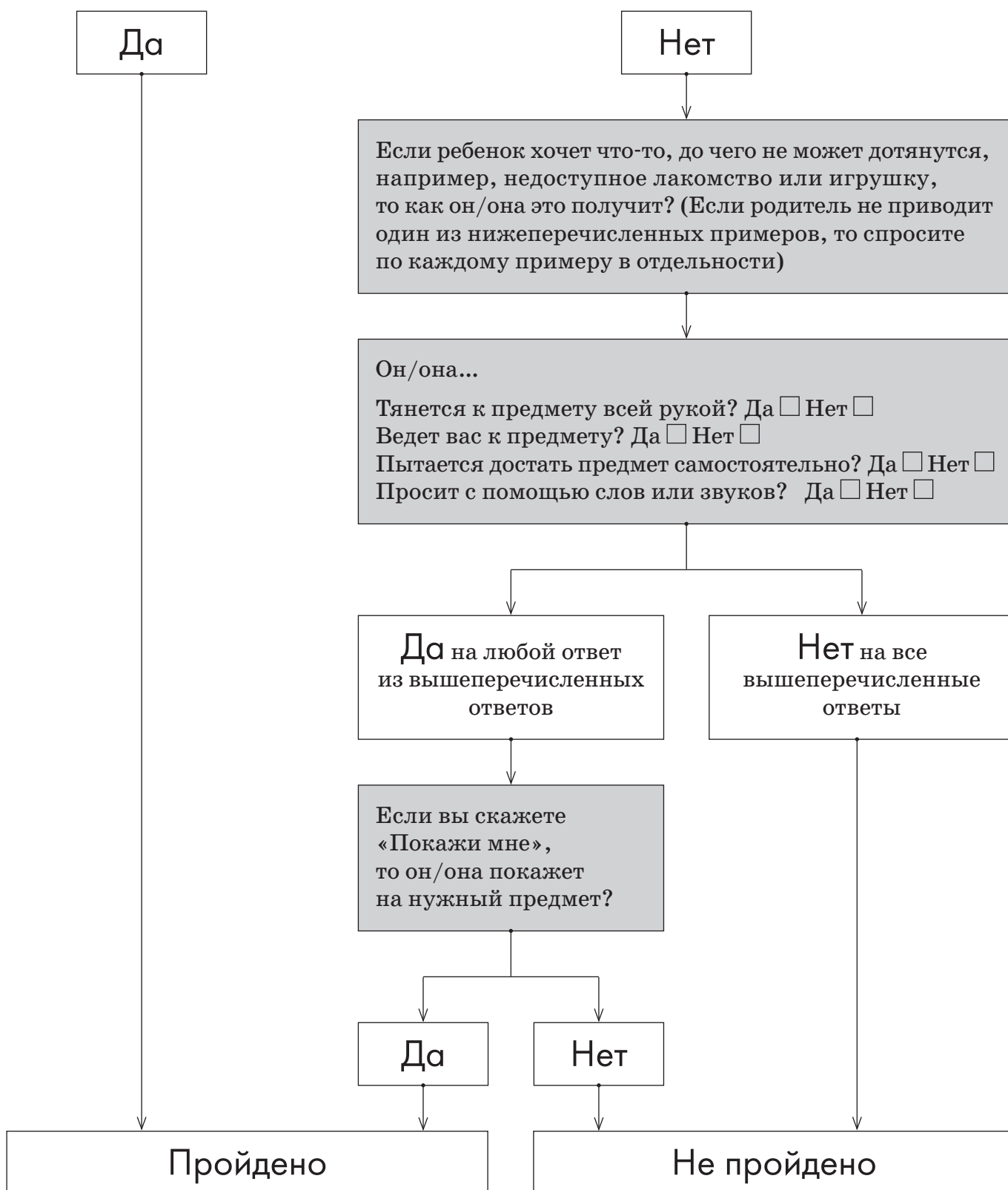
4. _____ нравится забираться на различные предметы?



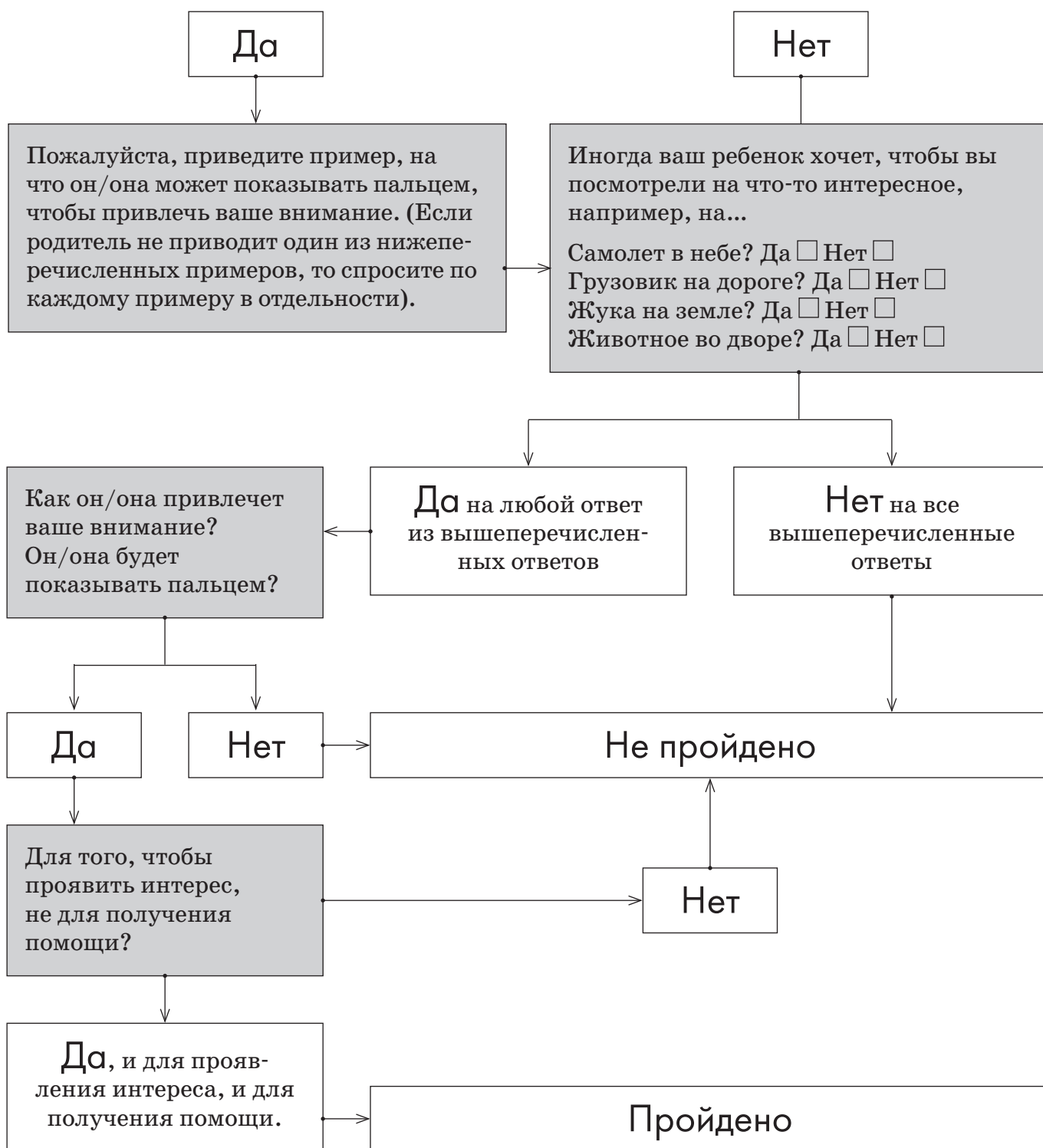
5. _____ делает необычные движения пальцами перед глазами?



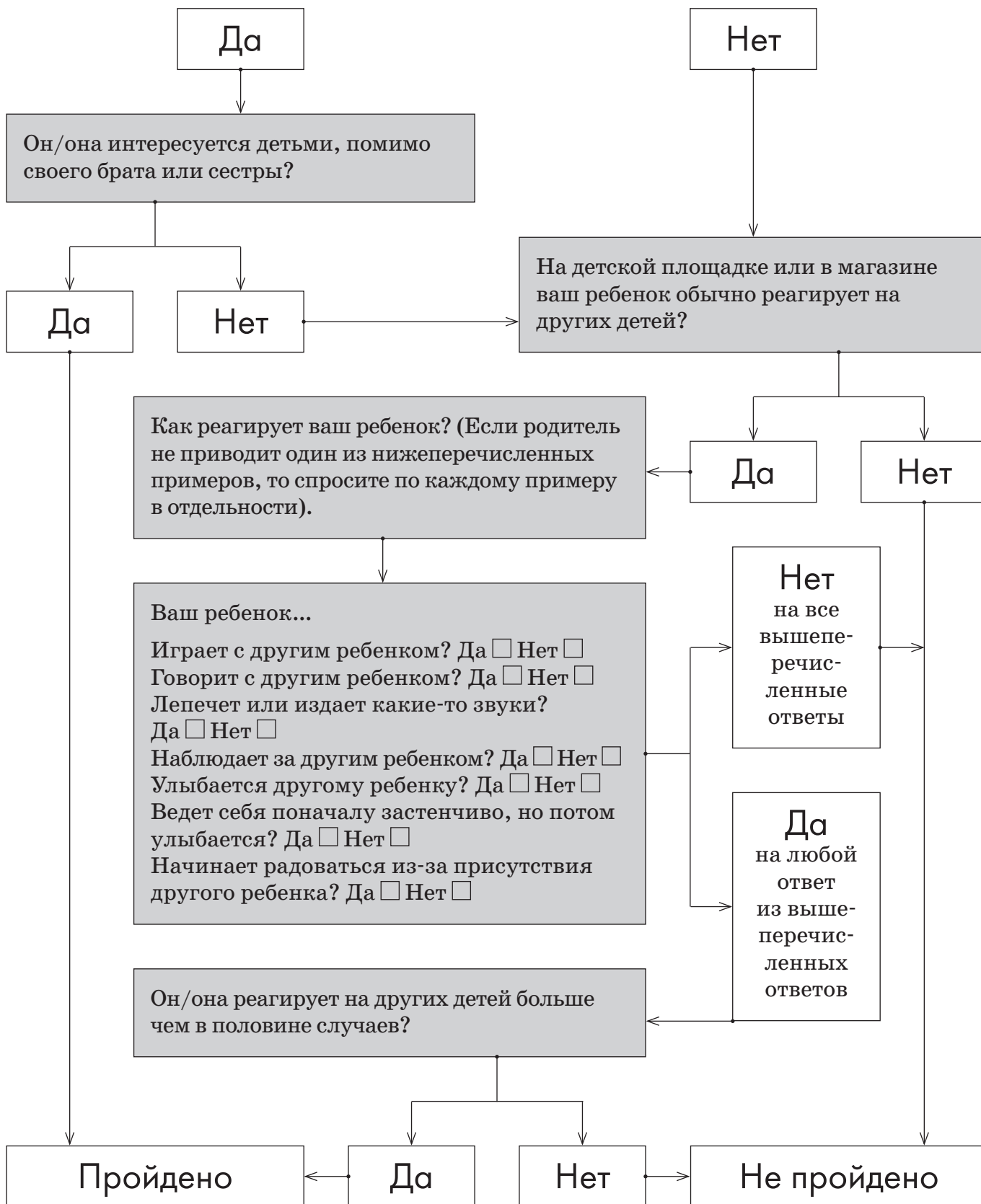
6. _____ указывает пальцем, чтобы что-то попросить или получить помощь?



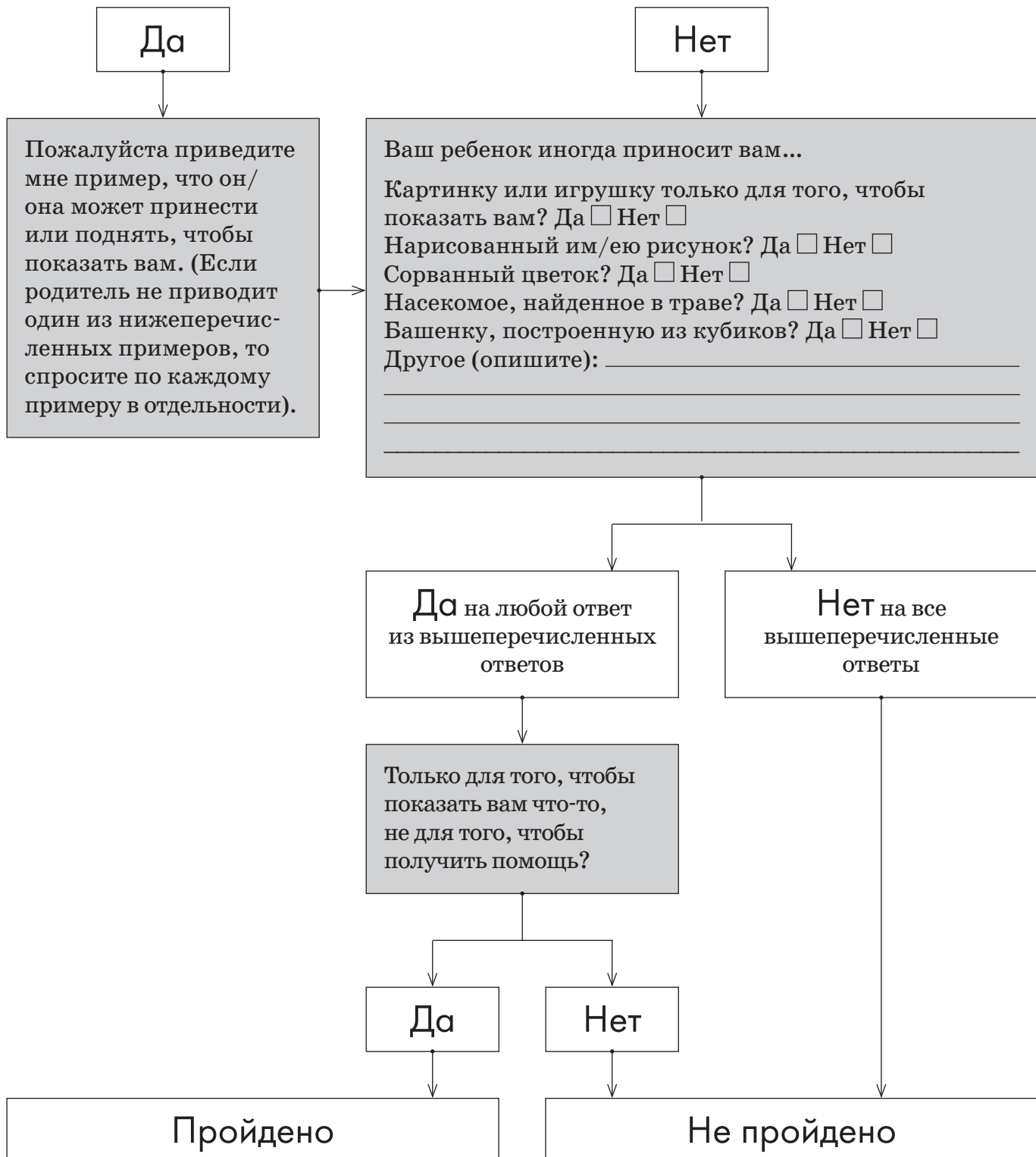
7. *Если во время интервью только что был задан вопрос №6, то начните с фразы: Мы только что говорили о том, показывает ли он/она на то, что он/она хочет. Вопрос для всех: _____ показывает пальцем, чтобы обратить внимание на что-то интересное?



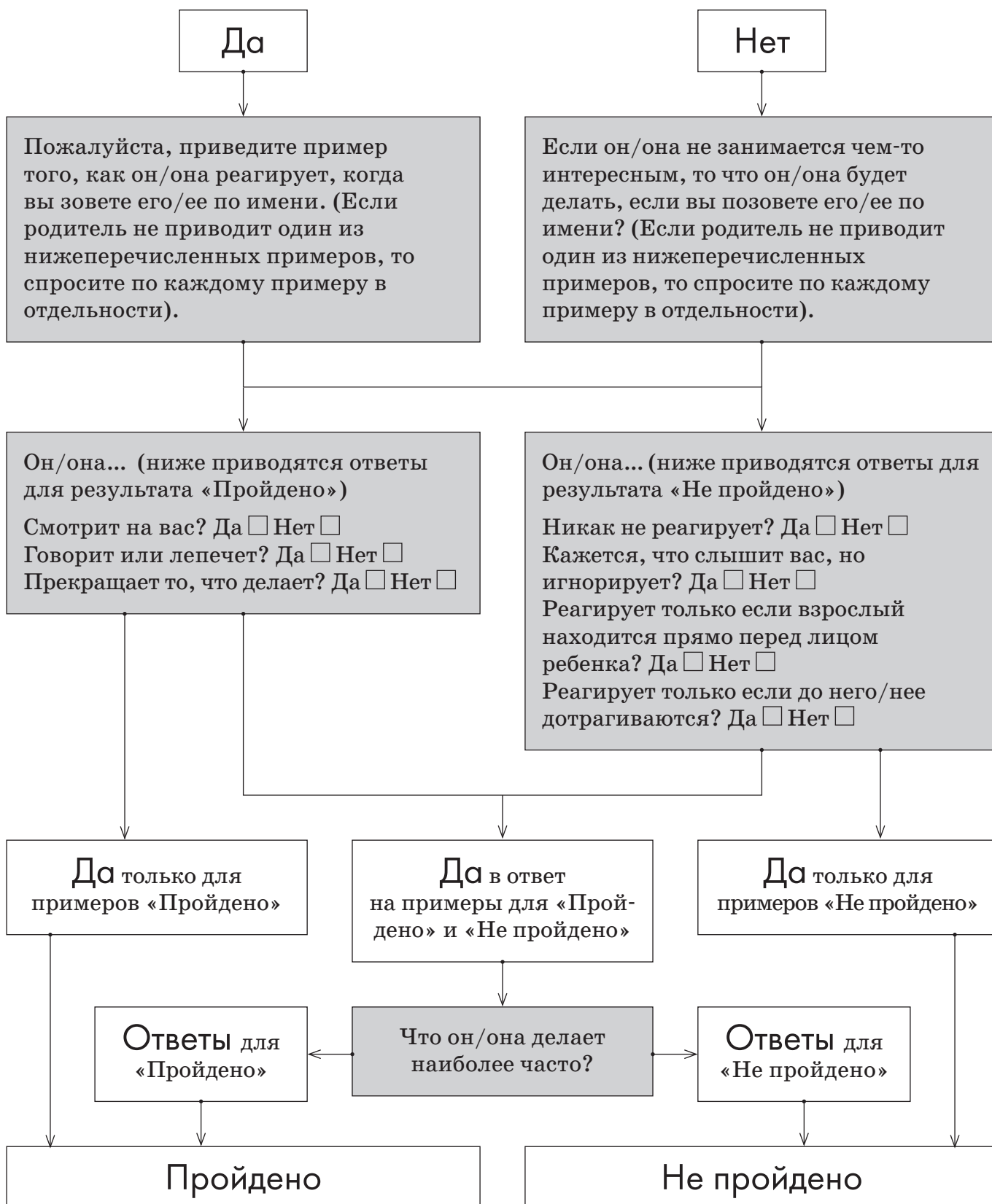
8. _____ интересуется другими детьми?



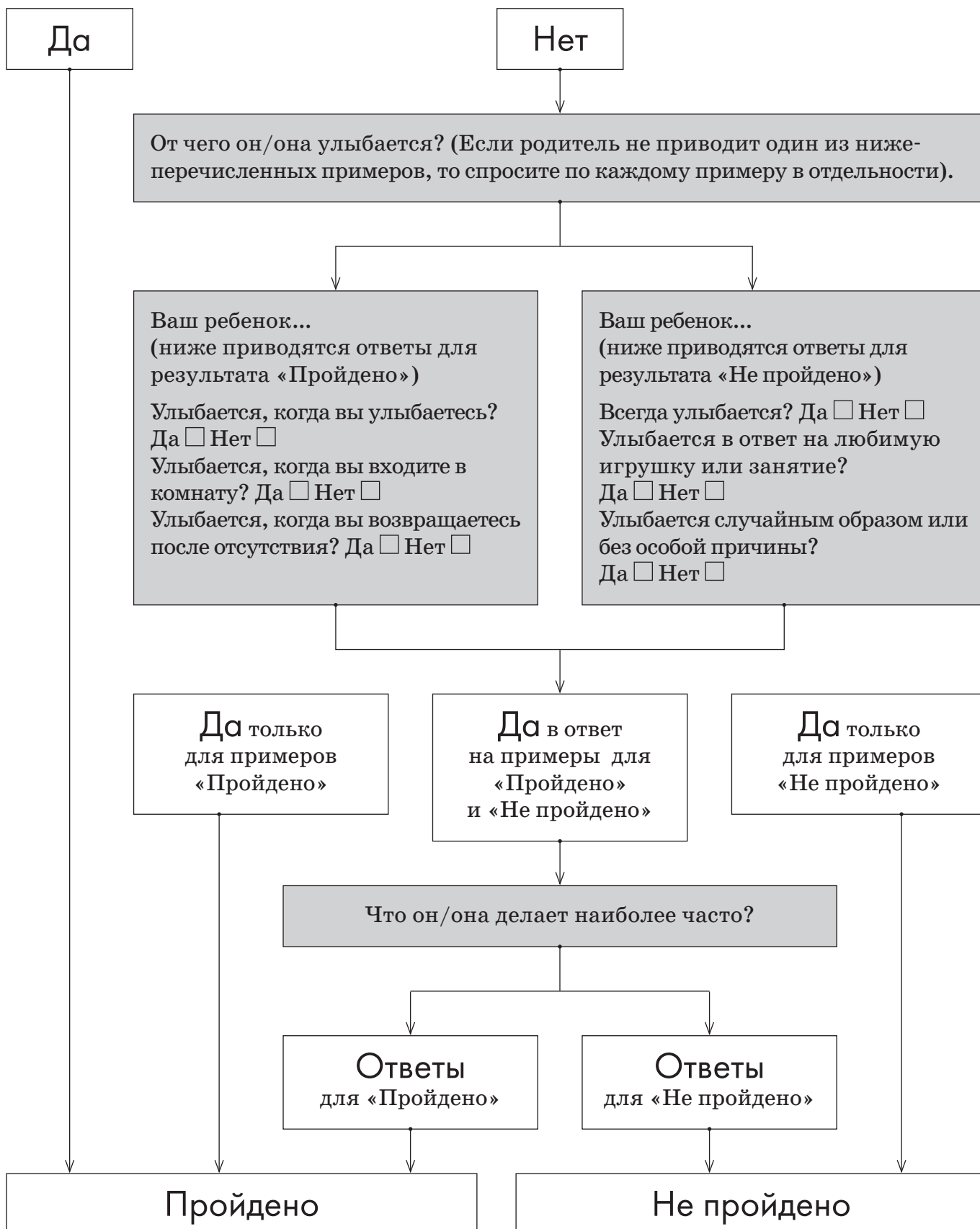
9. _____ приносит предметы и поднимает их, чтобы показать вам?
Не просто, чтобы получить помощь, а чтобы поделиться чем-то интересным?



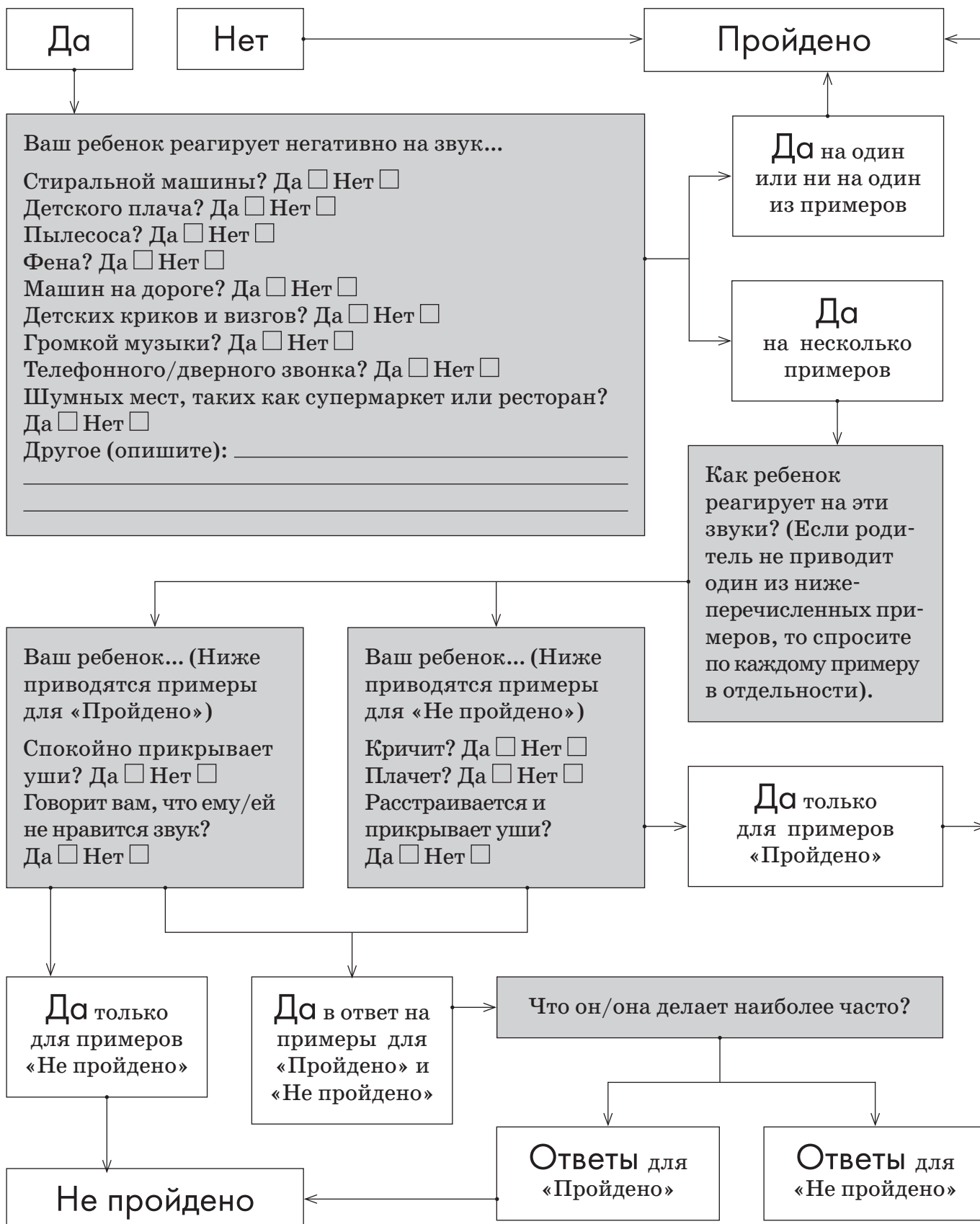
10. _____ отзывается на свое имя?



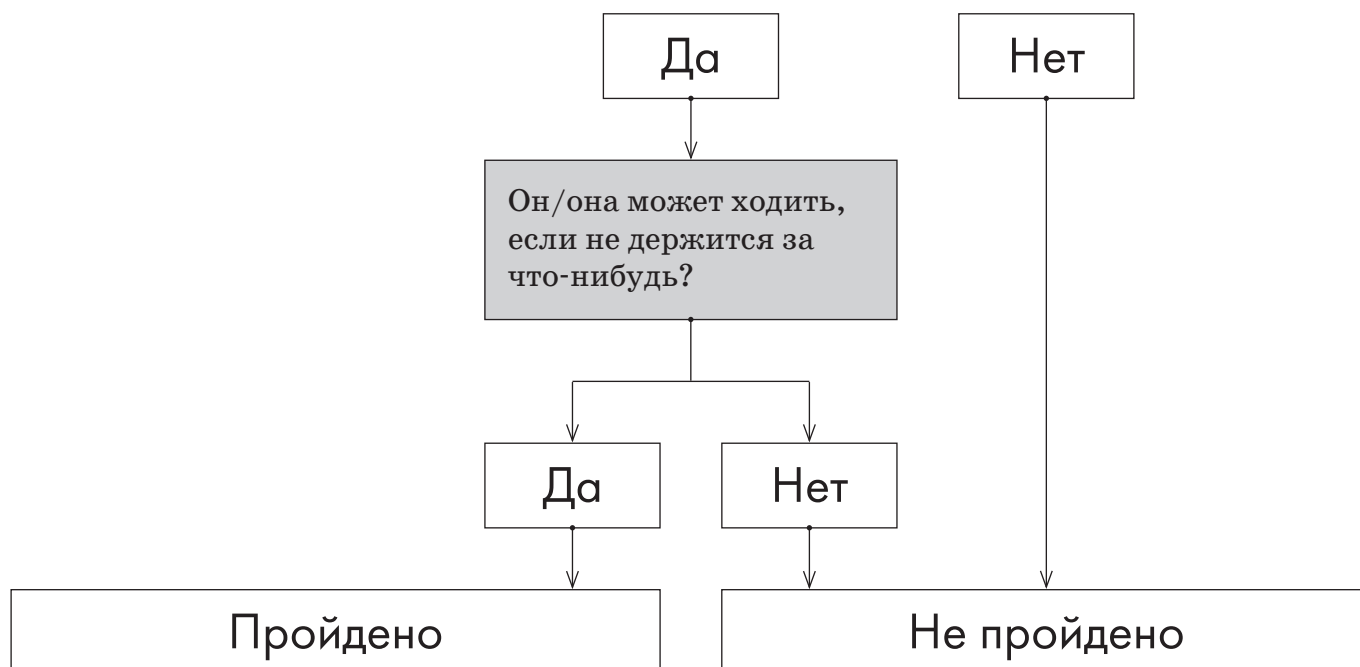
11. Когда вы улыбаетесь _____, он/она улыбается в ответ?



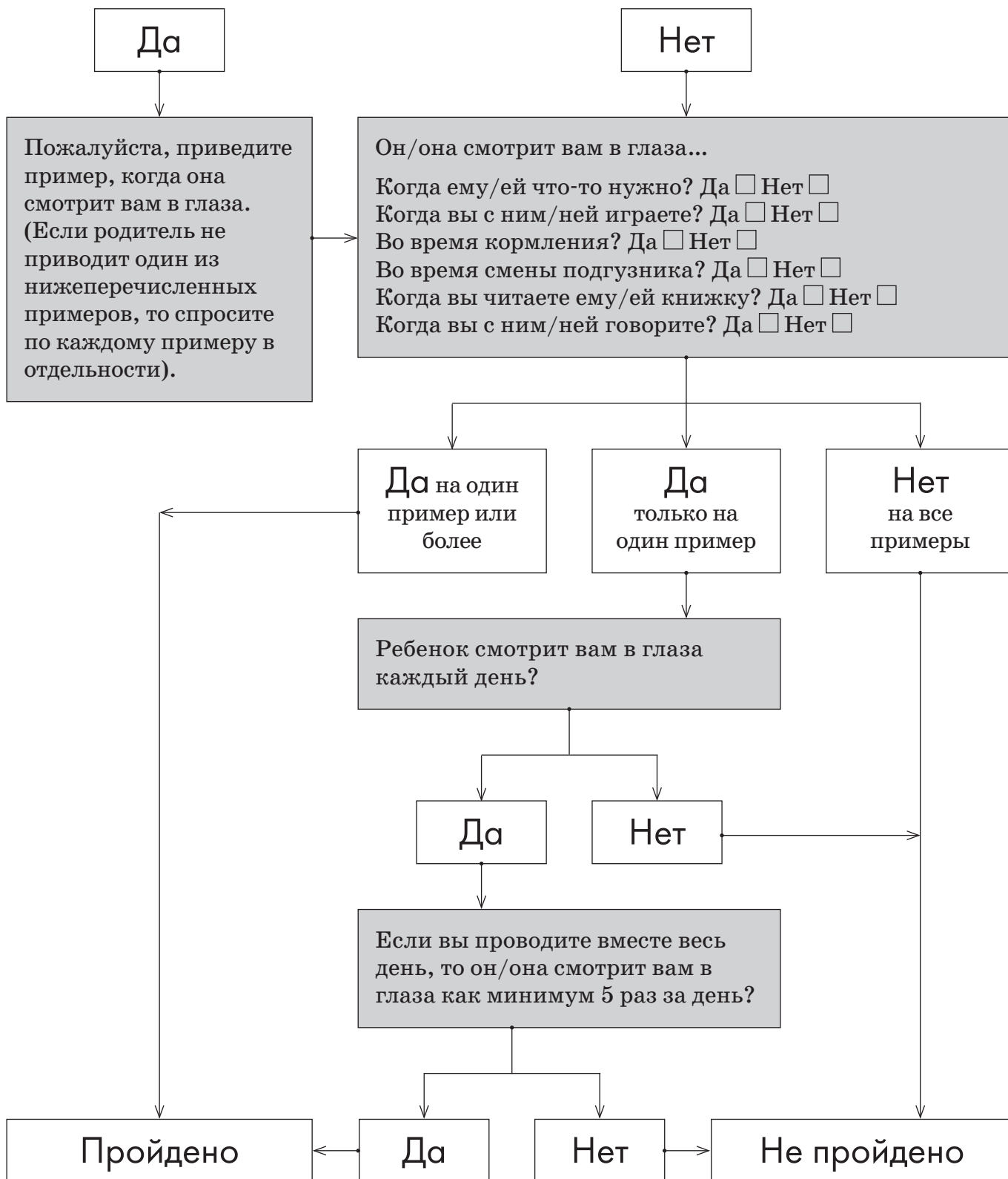
12. _____ расстраивают обычные звуки?



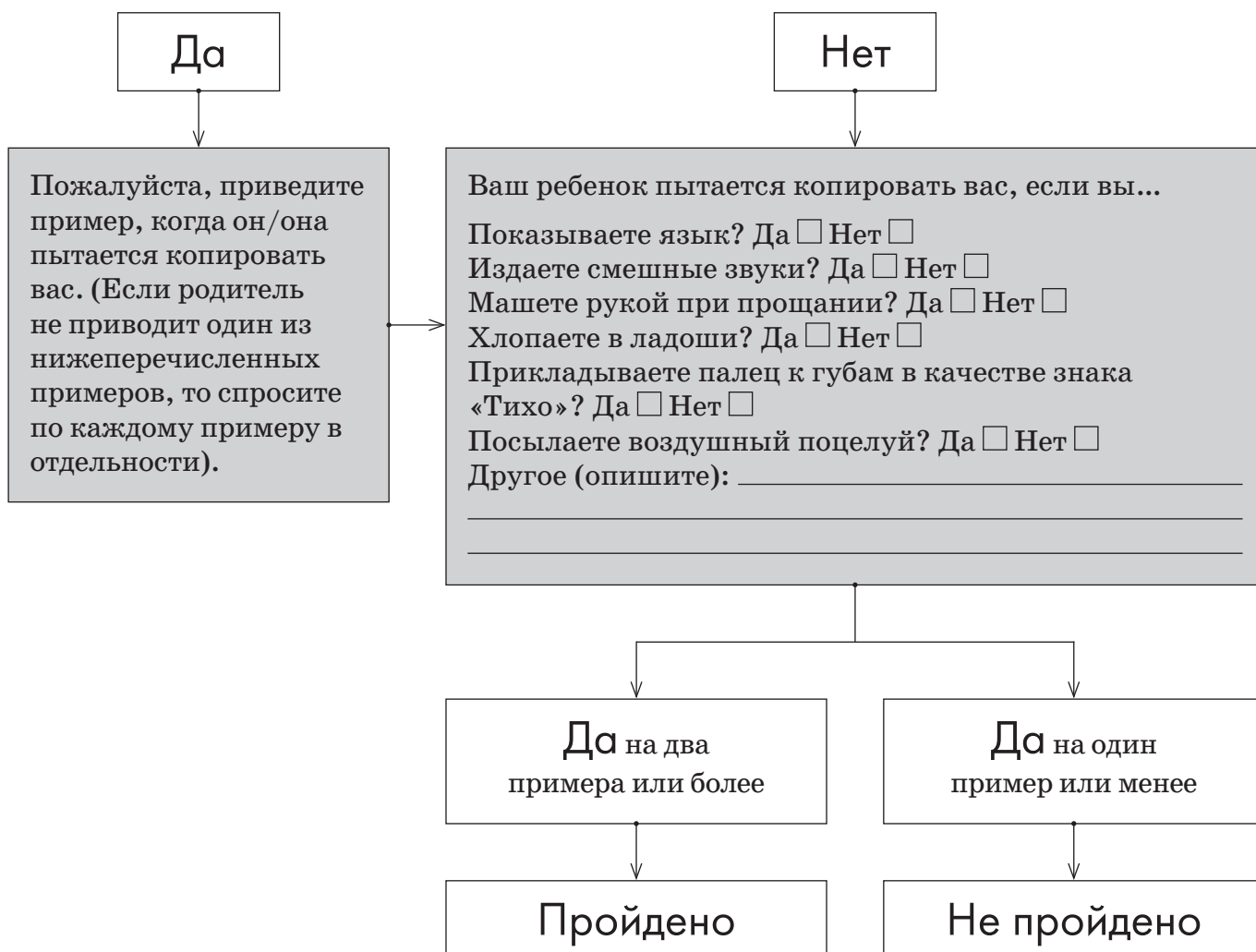
13. _____ умеет ходить?



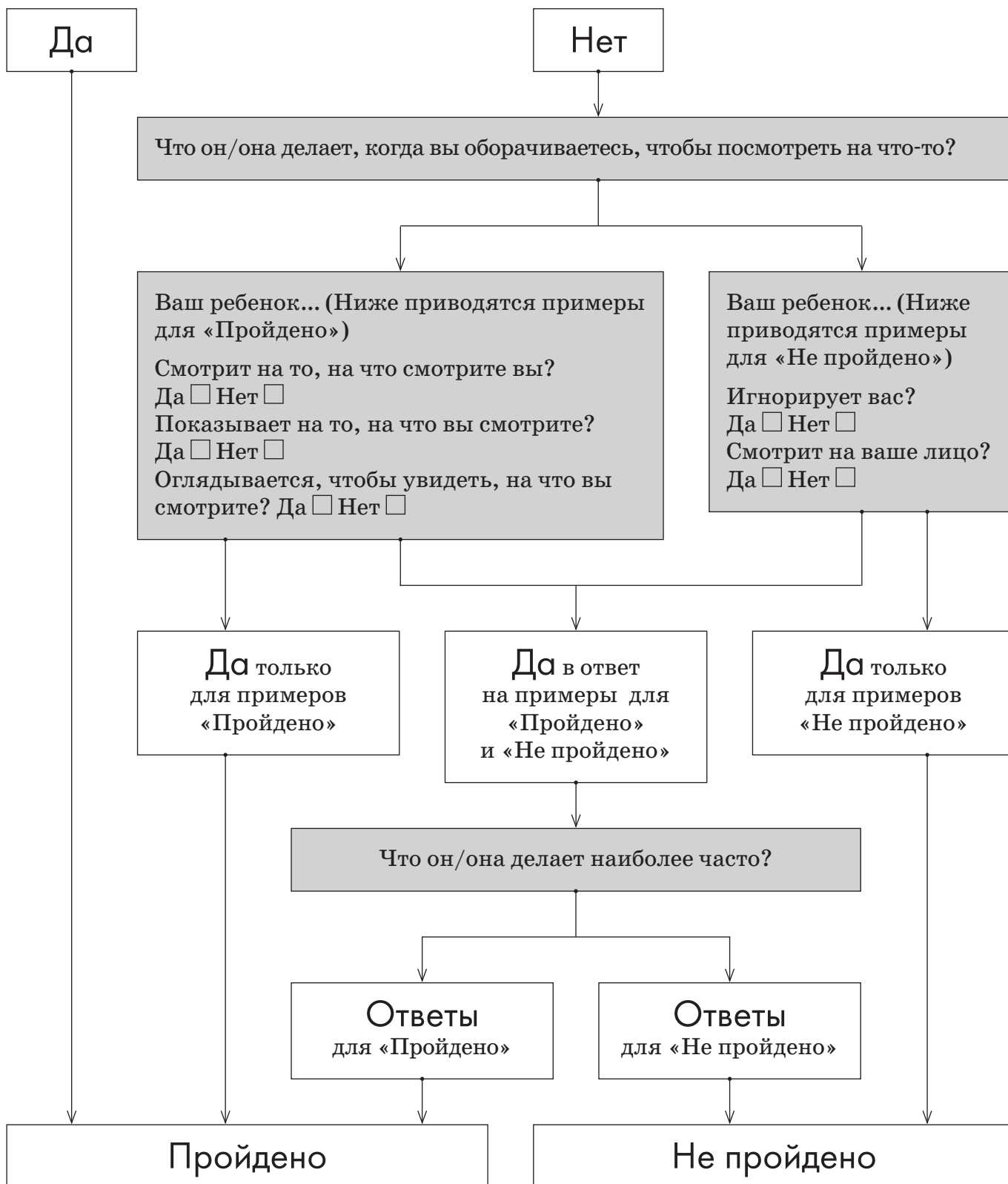
14. _____ смотрит вам в глаза, когда вы говорите с ним/ней, играете или переодеваете?



15. _____ пытается копировать то, что вы делаете?



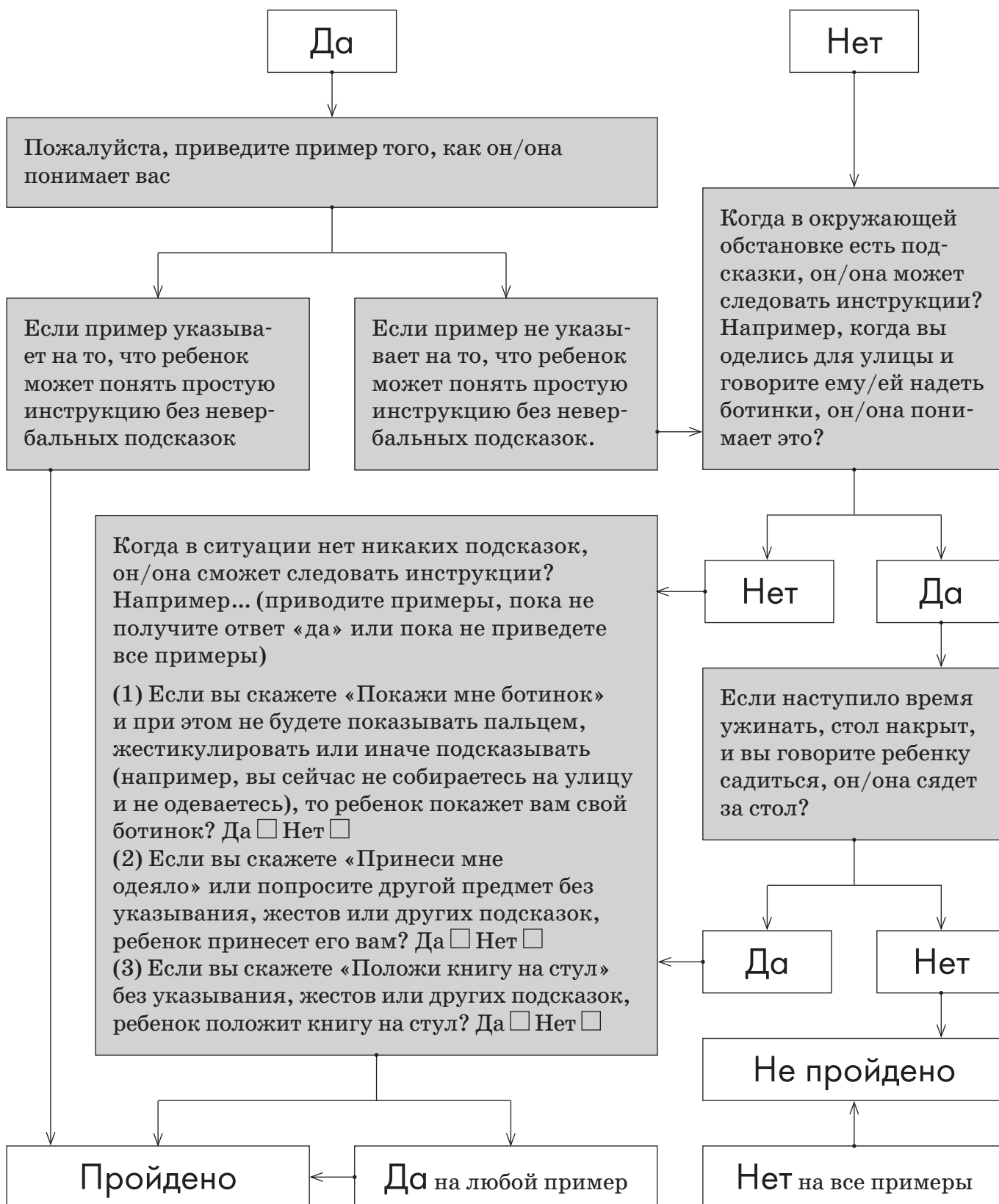
16. Если вы обернетесь и посмотрите на что-нибудь, _____
обернется, чтобы увидеть, на что вы смотрите?



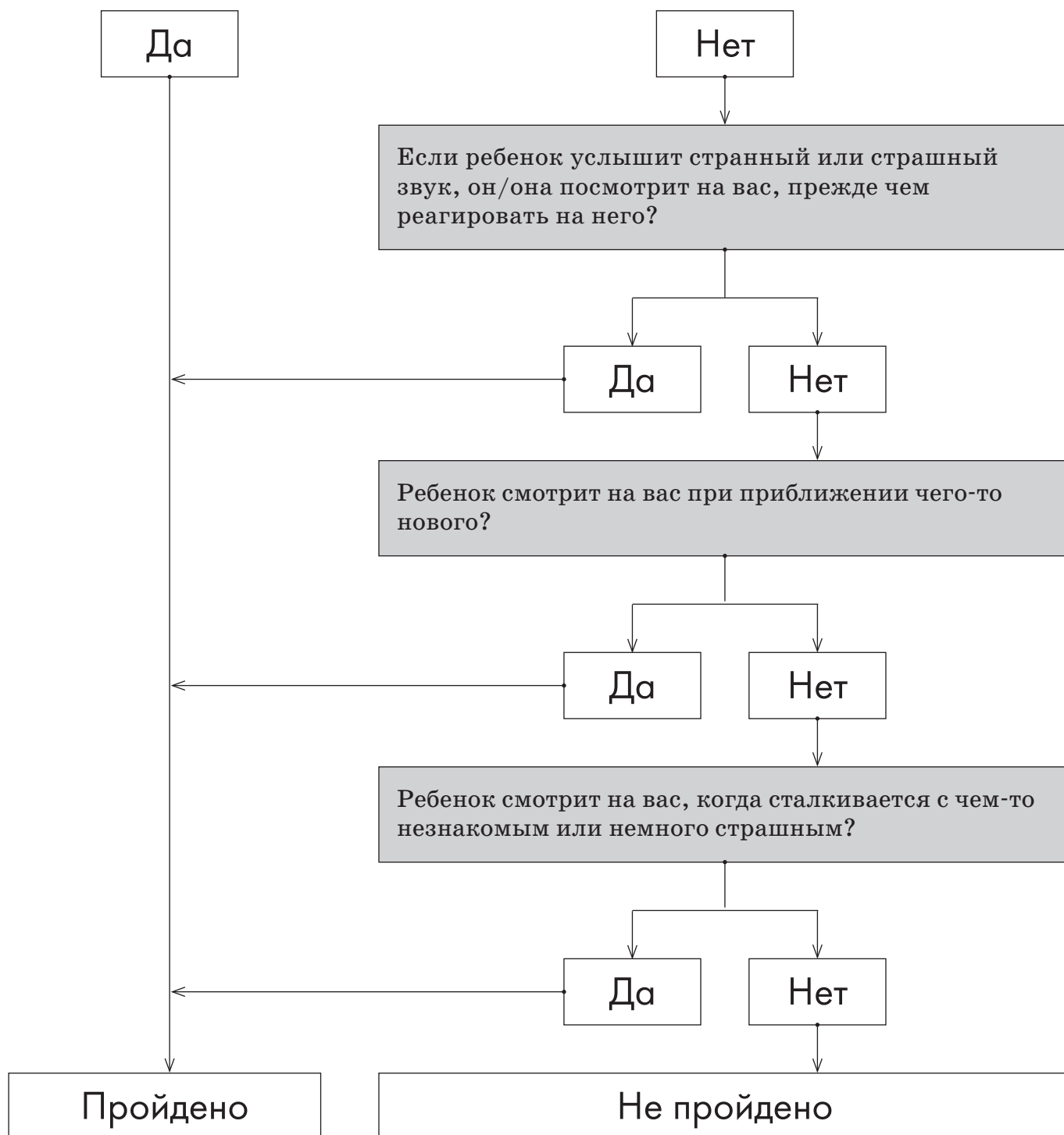
17. _____ старается сделать так, чтобы вы посмотрели на него/нее?

Да	Нет
Пожалуйста, приведите пример, как он/она старается сделать так, чтобы вы на него/нее посмотрели? (Если родитель не приводит один из нижеперечисленных примеров, то спросите по каждому примеру в отдельности).	
Он/она... Говорит «Гляди!» или «Посмотри на меня!»? Да ☐ Нет ☐ Лепечет или издает звуки, чтобы вы посмотрели, что он/она делает? Да ☐ Нет ☐ Смотрит на вас в ожидании похвалы или комментариев? Да ☐ Нет ☐ Смотрит на вас, чтобы проверить, смотрите ли вы на него/нее? Да ☐ Нет ☐ Другое (опишите): _____ _____ _____	
Да на любой пример	Нет на все примеры
Пройдено	Не пройдено

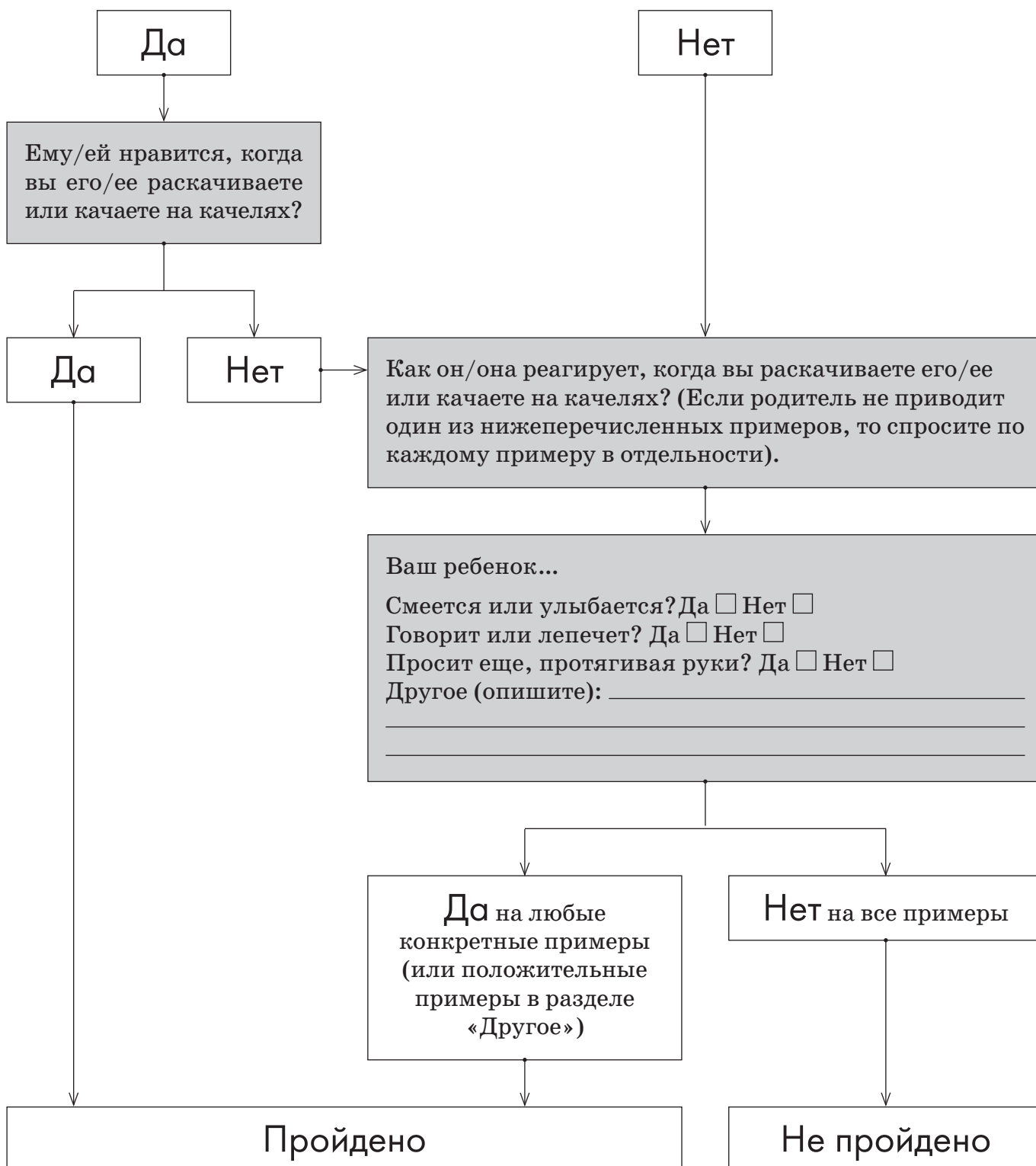
18. _____ понимает то, что вы говорите ему/ей?



19. Когда случается что-то необычное, _____ смотрит на ваше лицо, чтобы понять, как вы к этому относитесь?



20. _____ нравятся подвижные занятия?



Литература

Баенская Е. Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст). — М., 2007. — С. 36–47.

Башина В. М. Диагностика аутистических расстройств в хронобиологическом аспекте. — М., 2009.

Брин И. Л., Демикова Н. С., Дунайкин М. Л., Морозов С. А., Морозова С. С., Морозова Т. И., Праведникова И. И., Татарова И. Н., Черепанова И. В. К медико-психолого-педагогическому обследованию детей с аутизмом. — М., 2002.

Заболевания нервной системы у детей: в 2-х томах. Т 2. /Под ред. Ж. Айкарди и др. Пер. с англ. — М., 2013.

Лебединская К. С., Никольская О. С. Диагностика раннего аутизма. — М., 1991.

Макольд Р., Макольд П. Наш опыт работы по аутизму: создание института в Нью-Джерси /Социокультурные и социально-психологические аспекты интеграции в общество лиц с тяжёлыми и множественными нарушениями. — Псков, 2004., — С. 93–99.

Макольд Р. Наш опыт в области аутизма: основание института в Нью-Джерси. — Организация психолого-педагогической и медико-социальной помощи лицам с расстройствами аутистического спектра. — М., 2009. — С. 36–56.

Симашкова Н. В. Расстройства аутистического спектра у детей. Под редакцией Н. В. Симашковой. Москва, 2013 г. Авторская Академия. 264 стр.

Allison C., Baron-Cohen S., Weelwright S., Charman T., Richler J., Pasco G., & Brayne C. The Q-CHAT (Quantitative CHECKlist for Autism in Toddlers): A Normally Distributed Quantitative Measure of Autistic Traits at 18–24 Months of Age: Preliminary Report. — Journal of Autism and Developmental Disorders, 2008, v. 38, No. 8. — Pp. 1414–1425.

Baron-Cohen S., Allen J., Gillberg C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. — British Journal of Psychiatry, 1992, 161, pp. 839–843.

Bishop S. L., Luyster R., Richler J., Lord C. Diagnostic Assessment. // Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers/Eds. K. Chawarska, A. Klin, F. R. Volkmar. — NY-London, 2008. — Pp. 23–49.

Bryson S. E., Zweigenbaum L., McDermot C., Rombough V., Brian J. The Autism Observation Scale for Infants: Scale development and reliability data. — Journal of Autism and Developmental Disorders, 2007, vol. 37.

Chawarska K., Volkmar F. Autism in Infancy and Early Childhood. // Handbook of autism and pervasive developmental disorders. 3d edn. Vol. 1./Ed. F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D/Cohen. — John Wiley & Sons, 2005. — Pp. 223–246.

Coonrod E. E., Stone W. L. Screening for Autism in Young Children // Handbook of autism and pervasive developmental disorders. 3d edn. Vol. 2./Ed. F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D/Cohen. — John Wiley & Sons, 2005. — Pp. 707–729.

Dereu M., Warreyn P., Raymaekers R., Veirsschaut M., Pattyn G., Schietekatte I., Roeyers H. Screening for Autism Spectrum Disorders in Flemish Day-Care Centres with Checklist for Early Signs of Developmental Disorders. — J. Autism Develop. Disorders, 2100, v. 40, No. 10, pp. 1247–1258.

Gilliam J. E. Gilliam Autism Rating Scale. — Austin, 1995.

Lai Meng-Chuan, Lombardo M. V., Baron-Cohen S. Autism. Seminar. — Lancet, 2013, September, pp. 1–15.

Lord C., Risi S., Lambrecht L., Cook E. H., Levental B. L., DiLavore et al. The Autism diagnostic Observation Schedule — Generic: A standard measure of social and communication deficit associated with spectrum of autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2000, vol. 30, pp. 205–223.

Lord C., Rutter M., LeCouteur A. The Autism Diagnostic Interview — Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. — Journal of Autism and Developmental Disorders, 2006, vol. 36, pp. 659–685.

Robins D. L., Fein D., Barton M. L., Green J. A. The Modified CHecklist for Autism n Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. — *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2001, vol. 31, pp. 131–144.

Rutter M., Bailey A., Lord C., Berument S. K. *Social Communicative Questionary*. Los Angeles, 2003.

Schopler E., Reichler R. J., Renner B. R. *The Childhood Autism Rating Scale*. — Los Angeles, 1988.

Siegel B. *Pervasive Developmental Disorders Screening Test (PDDST)*. 1996.

Stone W. L., Coonrod E. E., Ousley O. Y. Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds (STAT). — *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2000, vol. 30, pp. 607–612.

Swinkels S. H. N., Dietz C., van Daalen E., Kerkhof I. F. G. M., van Egeland H., Buitelaar J. K. Screening for autistic spectrum in children aged 14 to 15 months. I: The development of the Early Screening of Autistic Traits Questionary (EAST). — *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2006, vol. 36, pp. 723–732.

Wetherby A. M., Prizant B. M. *Communication and Symbolic Behavior Scales Developmental Profile* (first normed ed.), Baltimore, Brooks. — 2002.

Wetherby A. M., Woods J., Allen L., Cleaty J., Dickinson H., & Lord C. Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life. — *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2004, vol. 34. — Pp. 473–493.

Wing L., Leekam S. R., Libby S. J., Gould J., & Larcombe M. The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: Background, interrater reliability and clinical use/ — *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2002, 43. — Pp. 307–325.

