Диагностика аутизма

Расстройства аутистического спектра (РАС)

Разработка диагностических критериев аутизма

Майкл Раттер (США,1978 г.) - особенности аутизма

1) начало проявление в возрасте до 30 месяцев;
2) Нарушение социального развития, имеет особенности и не соотносится с IQ
3) Задержка и нарушение речевого развитие, не соотносится с IQ
4) Настойчивость на неизменчивости окружающей среды и действий, стереотипные игры, необычные интересы, сопротивления изменениям

DSM –III (1987 г.), диагностический справочник Американской психиатрической ассоциации:

- аутизм – синдром
- характерные признаки и задержки развития на первых стадиях жизни диагностируется в возрасте до 30 месяцев
- этиология различна

Аутизм –первазивные расстройства развития (ПНР)

КЛАССИФИКАЦИЯ

В международной классификации болезней 10-го пересмотра [МКБ-10 (1994)], адаптированной для практики в Российской Федерации (1995, 1999) РАС введены в рубрику F84 «Общие расстройства психологического развития».

F84.0 Детский аутизм

Аутистическое расстройство

Детский:

- аутизм
- психоз

Синдром Каннера

F84.1 Атипичный аутизм

Атипичный детский психоз

Умственная отсталость с чертами аутизма

F84.2 Синдром Ретта

F84.3 Другое дезинтегративное расстройство детского возраста

Детская деменция

Синдром Геллера

Симбиозный психоз

F84.4 Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

F84.5 Синдром Аспергера

Аутистическая психопатия

Шизоидное расстройство в детском возрасте

F84.8 Другие общие расстройства развития

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПО МКБ-10 (1994,1999)

Для диагностики аутистического расстройства, на основании критериев Международной классификации болезней 10-го пересмотра, должно быть не менее 6 из перечисленных ниже симптомов (из них не менее 2 признаков должны относиться к первой подгруппе и не менее 1 – к остальным)

1 Качественные нарушения социального взаимодействия:

- невозможность в общении использовать взгляд, мимические реакции, жесты и позу в целях взаимопонимания;

- неспособность к формированию взаимодействия со сверстниками на почве общих интересов, деятельности, эмоций;

- неспособность, несмотря на имеющиеся формальные предпосылки, к установлению адекватных возрасту форм общения;

- неспособность к социально опосредованному эмоциональному реагированию, отсутствие или девиантный тип реагирования на чувства окружающих, нарушение модуляции поведения в соответствии с социальным контекстом или нестойкая интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения;

- неспособность к спонтанному переживанию радости, интересов или деятельности с окружающими.

2. Качественные изменения коммуникации:

- задержка или полная остановка в развитии разговорной речи, что не сопровождается компенсаторными мимикой, жестами как альтернативной формой общения;

- относительная или полная невозможность вступить в общение или поддержать речевой контакт на соответствующем уровне с другими лицами;

- стереотипии в речи или неадекватное использование слов и фраз, контуров слов;

- отсутствие символических игр раннем возрасте, игр социального содержания.

3. Ограниченные и повторяющиеся стереотипные шаблоны в поведении, интересах, деятельности:

- обращенность к одному или нескольким стереотипным интересам, аномальным по содержанию, фиксация на неспецифических, нефункциональных поведенческих формах или ритуальных действиях, стереотипные движения в верхних конечностях или сложные движения всем телом;

- преимущественная занятость отдельными объектами или нефункциональными элементами игрового материала.

DSM-5 Диагностические критерии

Расстройство аутистического спектра 299,00 (F84.0)

Диагностические критерии

А. Стойкие дефициты в социальной коммуникации и социального взаимодействия на нескольких контекстах, о чем свидетельствуют следующие, в настоящее время или истории (примеры иллюстрируют, не является исчерпывающим

1. Deficitis в социально-эмоциональной взаимности, начиная, например, от ненормального социальный подход и сбоя во время возвратно-поступательный разговор, к снижению обмена интересами, эмоциями, или аффекта; на провал, чтобы начать или реагировать на социальные взаимодействия.

2. Дефицит невербального коммуникативного поведения используется для социального взаимодействия, начиная, например, от слабо интегрированы вербальной и невербальной связи, а отклонения в зрительный контакт и язык тела или недостатке понимания и использования жестов; на полное отсутствие выражения лица и невербальная коммуникация .

3. Дефицит в разработке, поддержке и понимании отношений, начиная, например, с трудностями настройки поведения с учетом различных социальных контекстах; трудности в обмене творческим бледный или подружиться, с отсутствием интереса к сверстникам.

В. Ограниченные, повторяющиеся шаблоны поведения, интересов или деятельности, что проявляется, по крайней мере, двух из следующих, в настоящее время или истории (примеры являются иллюстративными, а не исчерпывающим

1. Стереотипы или повторяющихся движений двигателя, использование объектов, или речи (например, простые стереотипий двигателя, выстраиваются игрушки или листать объекты, эхолалия, своеобразных фраз).
2. Настойчивость в одинаковости, негибкие соблюдение процедур, или ритуальной модели или устной невербального поведения (например, экстремальные терпящим бедствие на небольшие изменения, трудности с переходами, жесткие стереотипы мышления, поздравительные ритуалы, нужно принимать же маршруту или есть пищу каждый день).
3. Жестко ограниченные, зациклена интересы, которые ненормальны по интенсивности или фокус (например, сильная привязанность к озабоченности или необычные объекты, чрезмерно ограниченного или персеверативного интересов).
4. Гипер-или гипореактивность для сенсорного ввода или необычные интересы в сенсорные аспекты окружающей среды (например, очевидное безразличие к боли / температуры, неблагоприятные реакции на определенные звуки или текстуры, чрезмерное пахнущие или прикосновение объектов, визуальные увлечение света или движения).

C. Симптомы должны присутствовать в раннем периоде развития (но не может стать полностью проявляются, пока социальные требования не превышают ограниченные возможности, или может быть замаскирован узнал стратегии в дальнейшей жизни).

D. Симптомы вызывают клинически значимые нарушения в социальной, профессиональной или других важных областях текущего функционирования.

E. эти возмущения не лучше объясняется интеллектуальной инвалидности (интеллектуальные нарушения развития) или общая задержка развития. Интеллектуальной инвалидности и расстройства аутистического спектра часто происходят совместно, сделать сопутствующие диагнозы аутизма расстройства спектра и интеллектуальной инвалидности, социальная коммуникация должна быть ниже ожидаемого для общего уровня развития.

Примечание: Люди с устоявшейся DSM-IV диагноз аутизм, расстройство Аспергера, или расстройство развития не указано иное следует уделять диагностике аутизма. Лица, которые наблюдался дефицит в социальной коммуникации, но чьи симптомы не удовлетворяют критериям для расстройства аутистического спектра, должны быть обследованы на социальные (прагматический) связи расстройств.

Уровень жесткости	Социальная коммуникация	Ограниченного, повторяющегося поведения
Уровень 3 "требуется очень существенная поддержка"	Тяжелый дефицит в вербальной и невербальной социальные навыки общения вызвать серьезные нарушения в функционировании, очень ограничены инициирование социальных взаимодействий, и минимальную ответ на социальные инициативы от других.	Жесткость поведения, экстремальных трудом справляется с изменением или другие ограничения / повторяющимся поведением заметно мешать функционируют во всех сферах. Большой беде / трудности при изменении фокуса или действия.
Уровень 2 "Требуется существенная поддержка"	Наблюдался дефицит в вербальных и невербальных навыков социальной коммуникации; социальные нарушения очевидны даже с носителями в месте, ограниченный инициирование социальных взаимодействий, и сокращение или неправильные ответы на социальные инициативы от других.	Отсутствие гибкости поведения, трудно справиться с переменами, или другие ограничения / повторяющимся поведением появляются достаточно часто, чтобы быть очевидным для стороннего наблюдателя и мешать функционирующих в различных контекстах. Бедствия и / или трудности при изменении фокуса или действия.
Уровень 1 "нуждающимся в поддержке"	Без опоры на месте, дефициты в социальной коммуникации вызвать заметные нарушения. Затруднение в начале социальные взаимодействия, и яркие примеры атипичных или неудачным ответом на социальные инициативы других. Может показаться, снижение интереса к	

Диагностика РАС

Трудности диагностики

- Нет биологического теста
- Изменение проявлений РАС с возрастом
- Вариативность проявлений у разных людей, у одного человека в разных ситуациях
- Проявления частично пересекаются с другими состояниями
- Различия в понимании диагностических критериев
- Различия в проведении наблюдения

Идеальные инструменты для диагностики и описания

Полные и разносторонние (учитывают все особенности)

Информация от родителя + прямое наблюдение

Психометрический аппарат (классифицирующие инструменты) - насколько это поведение похоже на поведение других людей в спектре аутизма

Возможность исследования динамики на индивидуальном и групповом уровне

Доступность на русском языке и международная сравнимость

Диагностика включает три этапа

Первый этап – 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 (без точной их квалификации) с опорой на основные индикаторы аутистических расстройств в детстве.

В мире разработан и широко используется стандартизованный скрининговый инструментарий: Экспресс-оценка аутистических проявлений - **ADOS** (Давид Гродберг, 2011); модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста **M-CHAT** [Robins,Fein & Barton,1999]; социально-коммуникативный опросник - **SCQ1** (*Майкл Раттер* (Michael Rutter, M.D., F.R.S.), и более подробного интервью **ADI-R** – «золотого стандарта» диагностики РАС (Lord et al.,1994); Анкета для родителей по выявлению нарушений психического (психологического) развития, риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей раннего возраста (до 2 лет) [Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Иванов М.В.,

Диагностика включает 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 эхолаличной) фразы из двух слов к 24 месяцам;
5. Любые нарушения речи или социальных навыков в любом возрасте.

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.

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 Shcedule), краткие сведения о которых (и некоторых других диагностических инструментах) приведены

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

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 другие[3].

Методы дополнительной диагностики:

ЭЭГ, ЭхоЭГ, при необходимости нейровизуализация и другие методы.

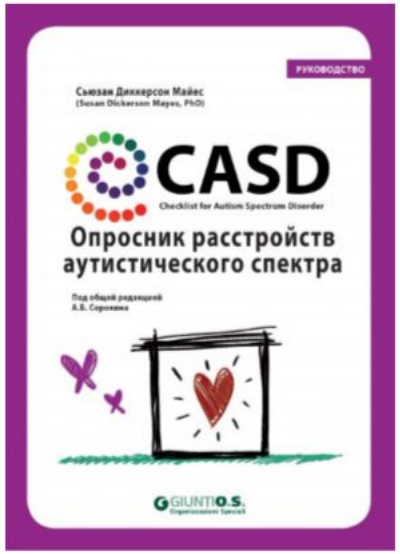
Результат:

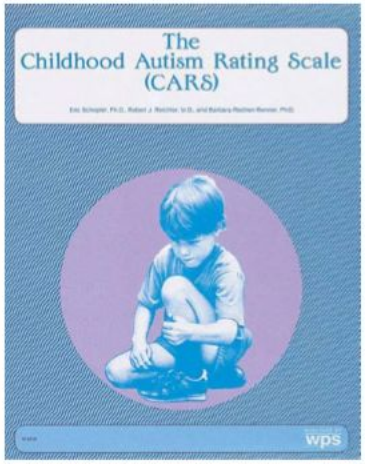
Выявление первичной группы риска по РАС, определение направлений дальнейшей диагностической работы и лечебно-коррекционных мероприятий; закладка преемственности в наблюдении за ребёнком.

Скрининговые методы

M-CHAT

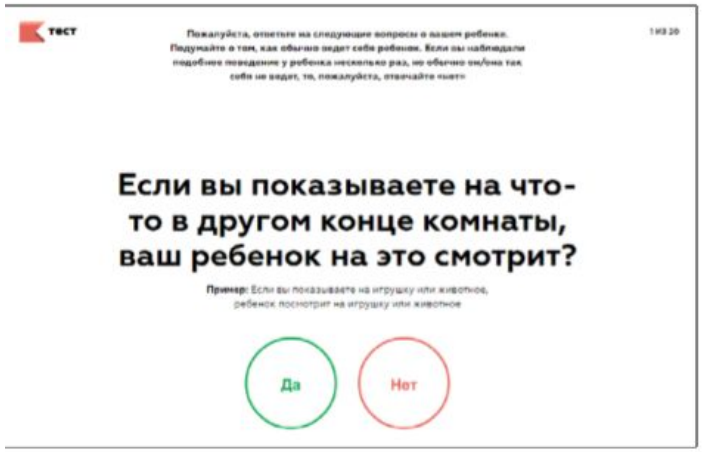
REVISED WITH FOLLOW-UP

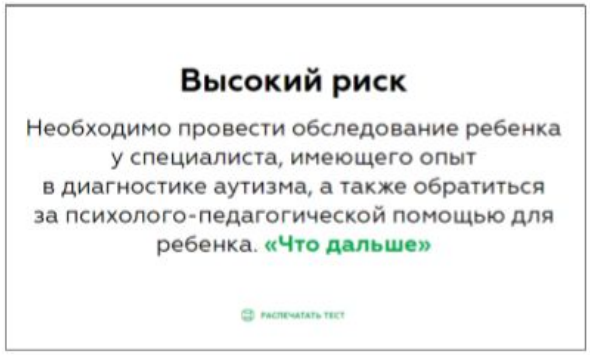




Скрининг РАС

M-CHAT





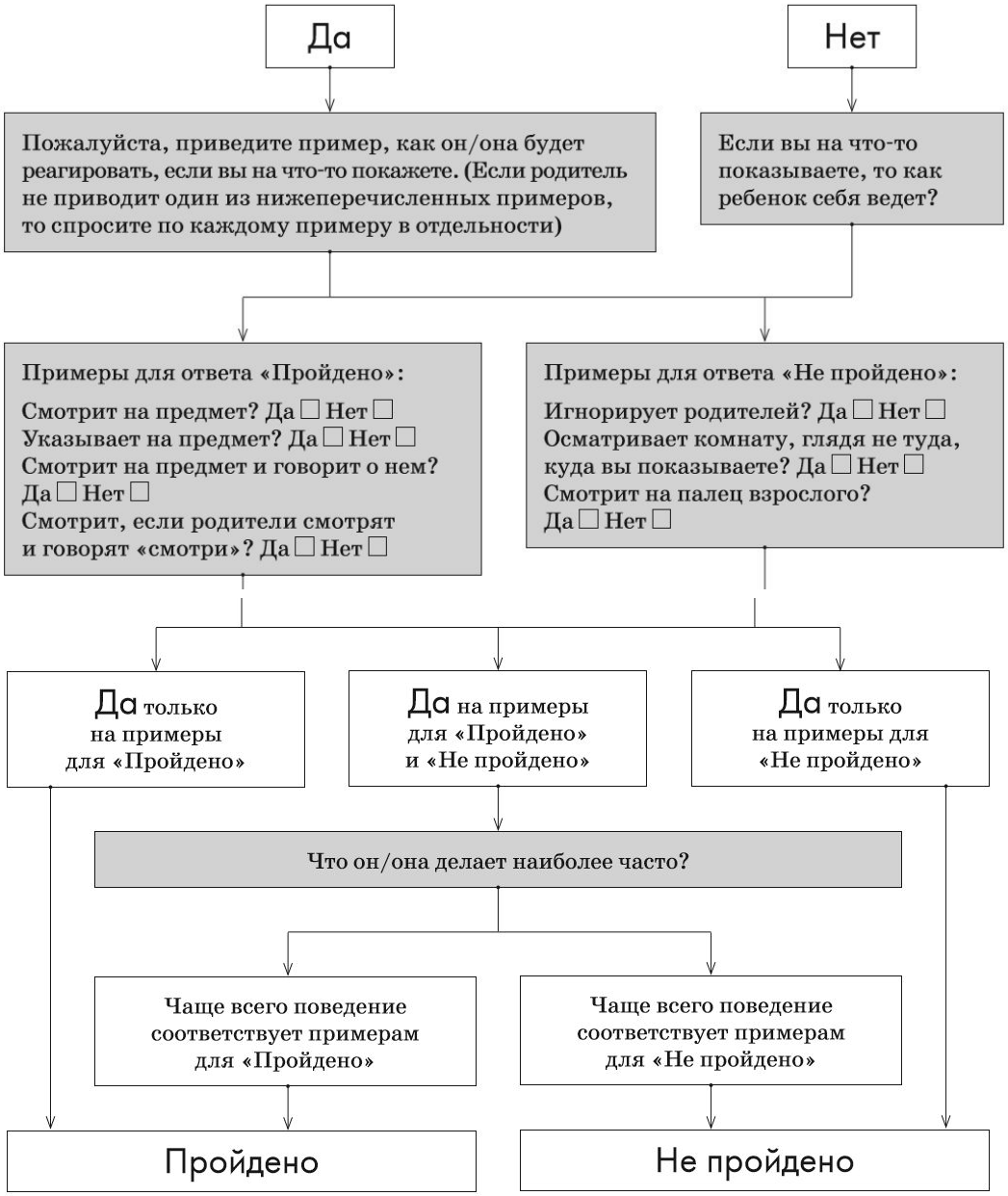
M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers - Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста)

- 16-30 месяцев
- Самостоятельное заполнение родителями/близкими ребенку взрослыми
- Риск наличия у ребенка РАС

M-CHAT-R ™ (модифицированный список контрольных вопросов для выявления аутизма у детей 16–30 месяцев, пересмотренный) - https://test.autism.help/

№	Вопрос	Ответ	
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 ☐

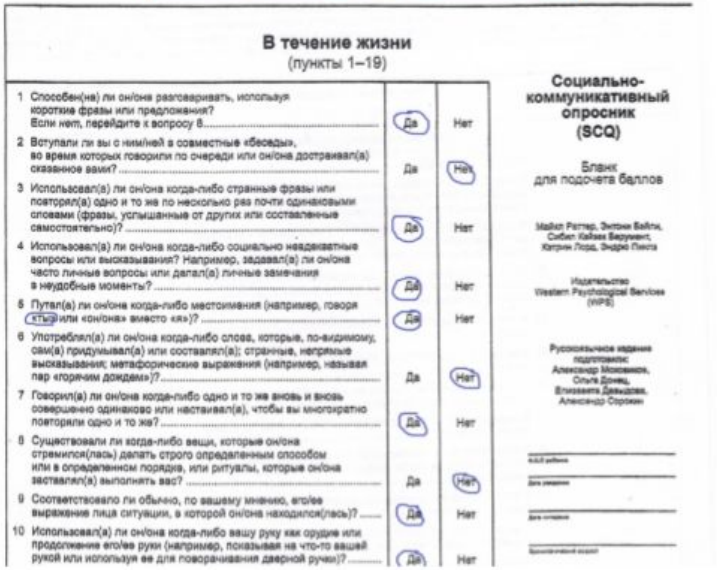
1. Если вы показываете на что-то в другом конце комнаты, то _____ на это смотрит?



Скрининг РАС

SCQ

Social Communication Questionnaire
Социально-коммуникативный опросник



В течение жизни
(пункты 1–19)

1 Способен(на) ли он/она разговаривать, используя короткие фразы или предложения? Если нет, перейдите к вопросу 8	Да	Нет
2 Вступали ли вы с ним/ней в совместные «беседы», во время которых говорили по очереди или он/она достраивал(а) сказанное вами?	Да	Нет
3 Использовал(а) ли он/она когда-либо странные фразы или повторял(а) одно и то же по несколько раз почти одинаковыми словами (фразы, услышанные от других или составленные самостоятельно)?	Да	Нет
4 Использовал(а) ли он/она когда-либо социально неадекватные вопросы или высказывания? Например, задавал(а) ли он/она часто личные вопросы или делал(а) личные замечания в неудобные моменты?	Да	Нет
5 Путал(а) ли он/она когда-либо местоимения (например, говоря «ты» или «он/она» вместо «я»)?	Да	Нет
6 Употреблял(а) ли он/она когда-либо слова, которые, по-видимому, он(а) придумывал(а) или составлял(а); странные, непрямые высказывания; метафорические выражения (например, называя пар «горячим дождем»)?	Да	Нет
7 Говорил(а) ли он/она когда-либо одно и то же вновь и вновь совершенно одинаково или настаивал(а), чтобы вы многократно повторяли одно и то же?	Да	Нет
8 Существовали ли когда-либо вещи, которые он/она стремился(лась) делать строго определенным способом или в определенном порядке, или ритуалы, которые он/она заставлял(а) выполнять вас?	Да	Нет
9 Соответствовало ли обычно, по вашему мнению, его/ее выражение лица ситуации, в которой он/она находился(лась)?	Да	Нет
10 Использовал(а) ли он/она когда-либо вашу руку как орудие или продолжение его/ее руки (например, показывая на что-то вашей рукой или используя ее для поворачивания дверной ручки)?	Да	Нет

Социально-коммуникативный опросник (SCQ)

Бланк для подсчета баллов

Майкл Раттер, Энтони Бейли, Сиблит Кейзен Вермулент, Кэтрин Лорд, Андреа Пикта

Издательство Western Psychological Services (WPS)

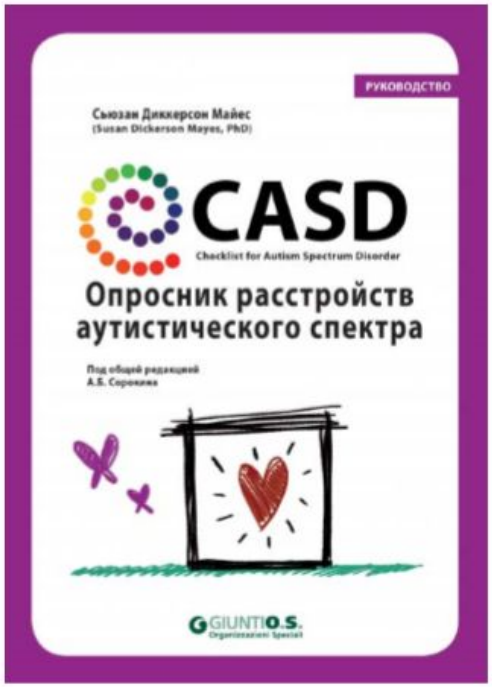
Русскоязычное издание подготовили: Александр Моховиков, Ольга Донец, Елизавета Давыдова, Александр Сорокин

Пример бланка «В течение жизни» (фрагмент) с ответами и пометками родителя

- С 4 лет (ментальный возраст > 2 лет)
- Самостоятельное заполнение родителями/близкими ребенку взрослыми
- Скрининг симптомов РАС, риск наличия РАС
- Вопросы относятся к трем областям: социальное взаимодействие, общение и ограниченные, повторяющиеся и стереотипные паттерны поведения

CASD

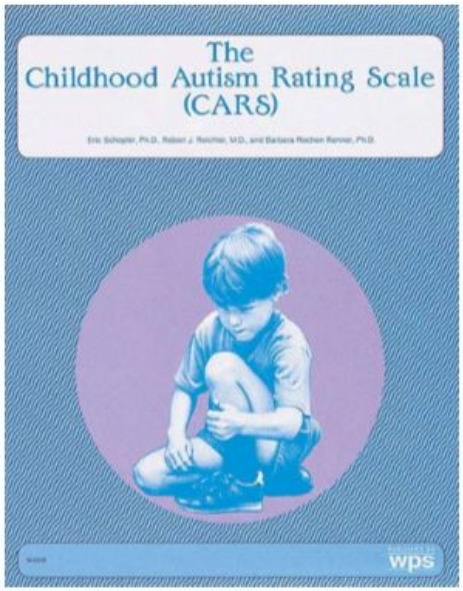
Опросник расстройств аутистического спектра

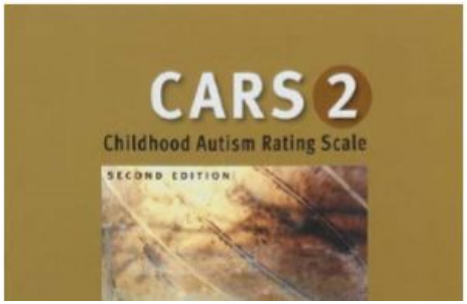


- Предназначен для детей и подростков в возрасте от 1 до 16 лет
- Для заполнения родителям или врачам требуется не более 15 минут
- Отмечается наличие или отсутствие 30 характерных симптомов
- Пункты представляют собой описание симптомов в виде повествовательных предложений (+ большое количество примеров)
- Симптомы объединены в шесть групп: «Проблемы с социальным взаимодействием», «Навязчивые действия», «Телесно-чувствительные нарушения», «Отклонения в общении и развитии», «Нарушения настроения», «Проблемы со вниманием и осознанием опасности»

аутизм

CARS





Рейтинговая шкала аутизма у детей
Childhood Autism Rating Scale

- Заполняется специалистом на основании наблюдения и информации, полученной от родителей
- 14 сфер, связанных с РАС, + общее впечатление
- 7-балльная шкала (от 1 до 4 + промежуточные значения: 1.5, 2.5, 3.5)
- Общий балл от 30 до 36,5 - умеренная выраженность РАС; от 37 до 60 - тяжелая

CARS

Сферы

I. Отношение к людям
II. Имитация
III. Эмоциональный ответ
IV. Владение телом
V. Использование предметов
VI. Адаптация к изменениям
VII. Использование зрения (зрительный ответ)
VIII. Использование слуха (слуховой ответ)
IX. Использование обоняния, осязания и вкуса
X. Нервозность и страхи
XI. Вербальная коммуникация
XII. Невербальная коммуникация
XIII. Уровень активности
XIV. Уровень и согласованность интеллектуального ответа
XV. Общее впечатление

XIII Уровень активности

1. Уровень активности ребенка соответствует возрасту и обстоятельствам. Ребенок не более и не менее активен, чем дети того же возраста в сходной ситуации.

2. Уровень активности ребенка слегка нарушен. Ребенок может быть несколько неугомонным или наоборот «ленивым», медленно двигающимся. Уровень активности слегка мешает его деятельности.

3. Уровень активности ребенка нарушен в средней степени. Ребенок может быть очень активным, его трудно сдерживать. Его/ее энергия может быть безграничной, может быть не готов отправлять спать ночью. И наоборот, ребенок может быть сонным, для того, чтобы заставить его шевелиться, нужно потратить много сил.

4. Серьезная степень нарушения уровня активности. Ребенок проявляет крайние формы активности или пассивности, либо активность и пассивность сменяют друг друга.

аутизм

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 программ[4], 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.

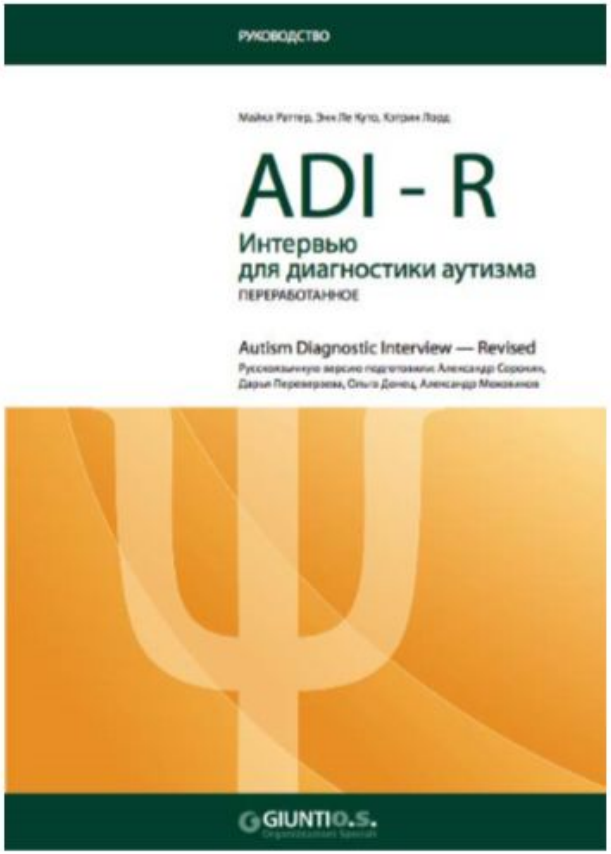
Методы дополнительной диагностики:

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

Результат:

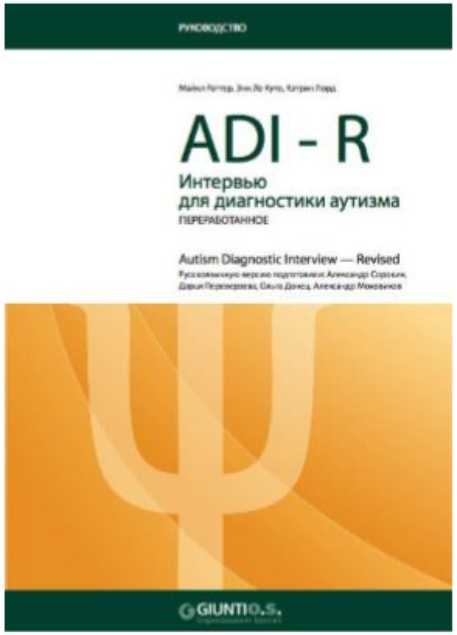
Установление группы риска по РАС, привлечение родителей к активному участию в лечебно-коррекционном процессе, разработка и начало использования индивидуальных развивающих и коррекционно-развивающих программ.

«Золотой стандарт» диагностики РАС



Интервью для диагностики аутизма (ADI-R)

- Структурированное интервью (родители и опекуны детей и взрослых с подозрением на аутизм)
- 1,5 – 2 часа
- Диагностические алгоритмы:
  - «Диагностический алгоритм для возраста от 2 лет 0 месяцев до 3 лет 11 месяцев»
  - «Диагностический алгоритм для возраста от 4 лет 0 месяцев и старше»
- Алгоритмы поведения в настоящее время (планирование программы)
- Фокус на трех областях функционирования: речи/общении, социальном взаимодействии, ограниченных, повторяющихся и стереотипных формах поведения и интересах



аутизм
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР

ADOS-2

ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition - План диагностического обследования при аутизме. Издание второе)

- Стандартизированная методика
- Диагностическое занятие 45-60 минут
- 5 модулей
- С 12 месяцев (модуль Т)
- Оценка различных сфер: общение, социальное взаимодействие, игра, стереотипные формы поведения

Модуль	Т	1	2	3	4
Возраст	12-30 месяцев	От 31 месяца	Любой	Дети и младшие подростки	Старшие подростки и взрослые
Речь	Нет фразовой речи		Фразовая речь	Беглая речь	

аутизм
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР

ADOS-2

Примеры заданий

Модули	Задание	Фокус наблюдения
Т, 1, 2	«Угощение» (ребенку предлагаются два типа еды на выбор)	Специалист наблюдает, как ребенок выражает просьбу, используя взгляд, жесты, протягивание рук, выражения лица, слова и вокализации
1, 2	«Празднование дня рождения» (разыгрывание дня рождения куклы)	Интерес ребенка и его способность присоединиться к разыгрыванию последовательности социальных действий, разделенное удовольствие, социальные инициативы
2, 3, 4	«Составление рассказа по картинкам из книги»	Спонтанная речь испытуемого, его интересы, чувство юмора и понимание эмоций и отношений

3. Этап установления диагноза иопределения 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 психофармакотерапия.

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.

ADOS-2

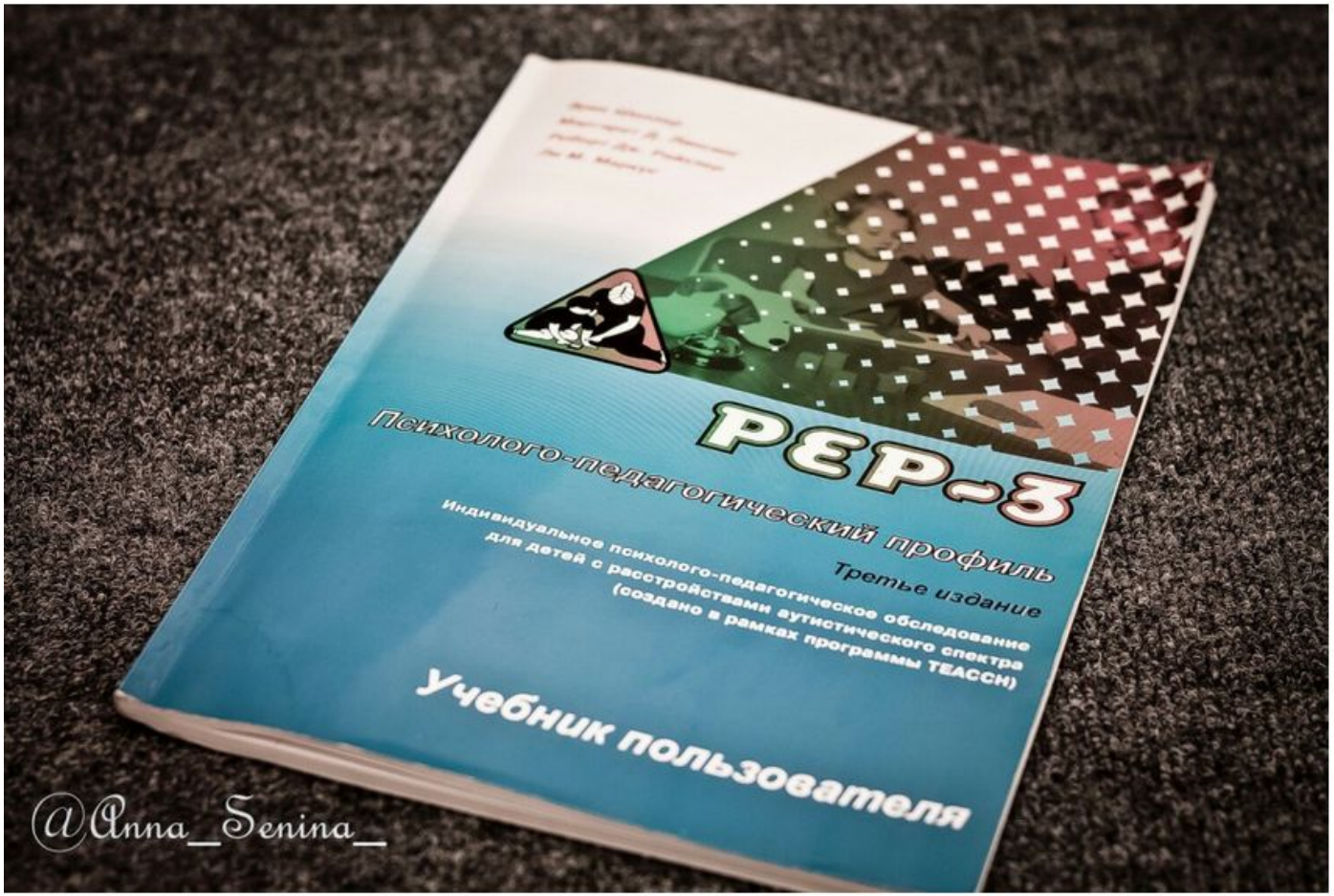
Результат

Диагностическая группа

Степень выраженности аутистических проявлений

Третий этап – диагностика развития: проводится психологами и педагогами, направлена на выявление индивидуальных особенностей ребенка, характеристику его коммуникативных возможностей, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы.

Большой научно-исследовательский и научно-практический интерес во всем мире вызывает комплекс методик **PEP** (Psychoeducation Profile), предложенный американскими учеными E. Schopler и R. Reichler с соавторами в 1979 году. В настоящее время используется PEP-3 [Schopler E., Lansing M.D., Reichler R.J., Marcus L.M. Psychoeducational Profile: Third Edition (PEP-3). Austin: Texas, 2004]. Данная методика создавалась и предназначена для оценки особенностей развития детей с аутистическими расстройствами. В указанной методике наряду с количественной бальной оценкой предусмотрена и качественная оценка различных сфер психической деятельности ребенка с аутистическими расстройствами или умственной отсталостью. Психологообразовательный тест применяется для динамической оценки сформированности психических функций, наличия когнитивных нарушений и выраженности



PEP-3 включает 172 задания, которые предлагают ребёнку выполнить.

Задания по вербальному и невербальному интеллекту объединены в блок «коммуникация», по общей, тонкой моторике и зрительно-двигательному подражанию (зрительно- моторной координации) — в блок «моторика», аффективные проявления, социальное взаимодействие, типичное поведение в двигательной и речевой сферах — в блок «дезадаптивное поведение».

Хочу отдельно описать несколько заданий.

1. Ребёнку предлагают 3-5 кубика с различными текстурами для того, чтобы выявить сенсорную модальность и насколько она адекватна. То есть «зависает» ли ребёнок с определенными тактильными ощущениями и, если да, то с какими. Это помогает в дальнейшем работать с сенсорной составляющей и «насыщать» малыша.

2. Одним из средств изучения вербального/невербального интеллекта является соотношение изображения с реальным предметом. Предлагают такие предметы, как карандаш, стакан, зубную щетку, носок и т. п. Одновременно отмечают, знает ли ребёнок как используются эти предметы.

3. Для определения зрительно-двигательной координации и ведущего глаза/руки /полушария могут предложить калейдоскоп или белый лист бумаги с отверстием.

4. Графомоторные навыки ребёнка рассматривают по нескольким параметрам: это и мелкая моторика, и рисование, и графическая символика. Предлагают специальный альбом для рисования, чтобы понять, видит ли ребёнок контуры рисунка и может его закрасить, умеет ли скопировать и нарисовать прямую и круг, и т. д.

Вопросник для родителей включает 10 вопросов в связи с проблемами поведения, 13 — о состоянии навыков самообслуживания и 15 вопросов — по адаптивному поведению, то есть всего 38 вопросов.

Кроме того, родителям предлагается оценить уровень развития ребёнка на момент обследования по пяти параметрам (способность к общению, развитие моторики, социальных навыков и самообслуживания, а также способностей мышления) и в целом (какому возрасту соответствует состояние навыка или общего развития). Также родителям предлагают десять диагностических категорий (аутизм, умственная отсталость, шизофрения, речевые нарушения и т. д.), чтобы оценить, в какой степени они подходят их ребёнку и влияют на его развитие. Эти разделы характеризуют адекватность отношения родителей к ситуации нарушения развития у их сына или дочери, в какой степени эти оценки сходны у обоих родителей (если они оба заполняют вопросники).

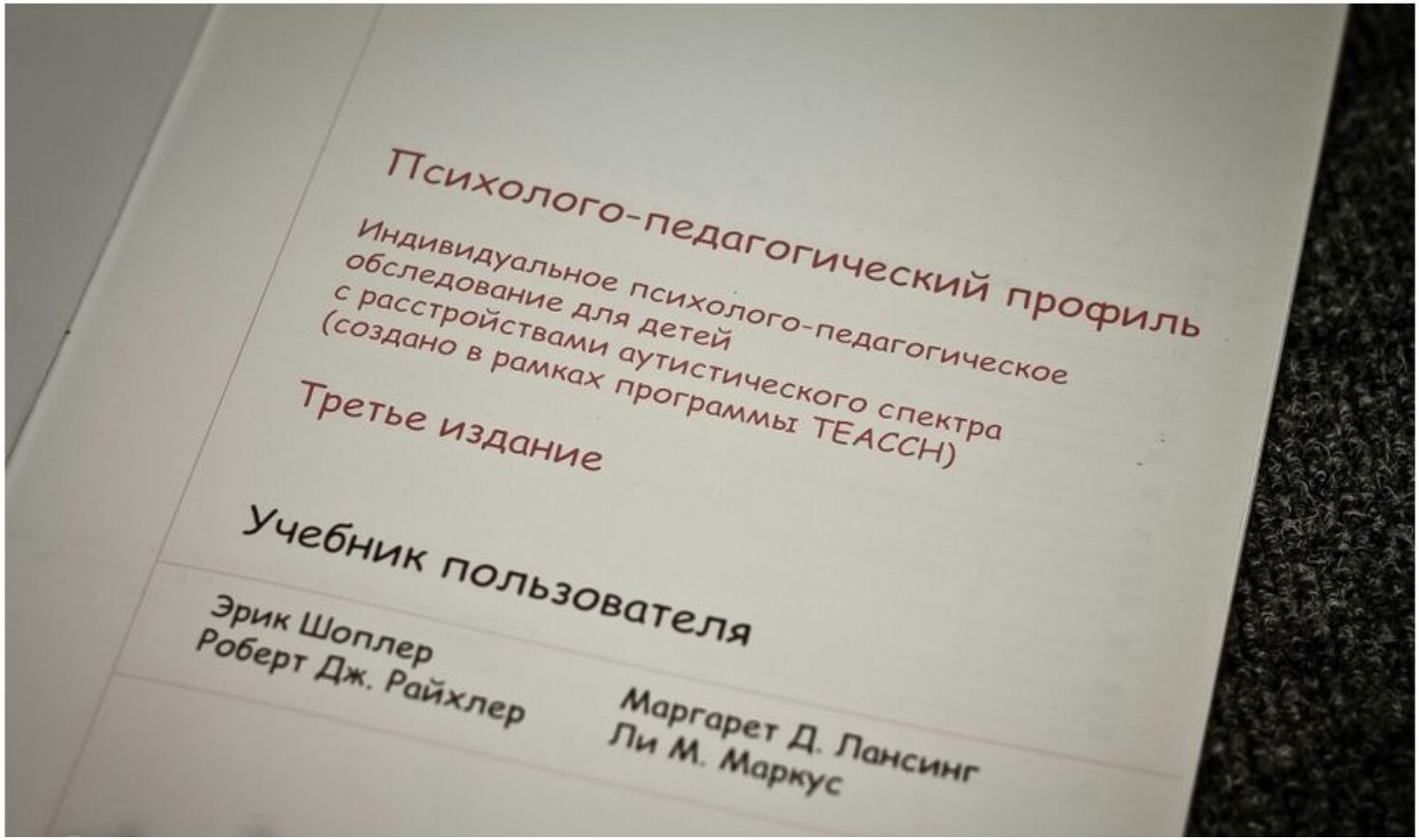
PEP-3 используется для решения следующих конкретных задач:

— определение сильных и слабых сторон развития ребёнка, как основы для составления индивидуальных программ обучения;

— получение информации, подтверждающей диагноз;

— определение уровня развития ребёнка и степени его адаптации;

— оценка эффективности педагогической и клинической коррекции в динамике.



Экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование дает информацию об индивидуально-психологических свойствах и психическом состоянии больного с РАС, которые необходимы для уточнения диагноза и подбора психотерапевтической тактики. Используются шкалы измерения интеллекта **Векслера** (оригинальный вариант WISC-IV, и его отечественные модификации для детей от 5 лет до 15 лет 11 месяцев и для дошкольников от 4 до 6,5 лет).

Нейропсихологическое диагностическое исследование

Направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности т.н. регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля). Это позволяет провести оценку когнитивной деятельности ребенка и разработать индивидуальную программу коррекции.

Методы нейровизуализации: компьютерная томография, магнитно-ядерно-резонансное исследование проводятся по показаниям.

Биологические маркеры (тест-системы), наряду с клиническими и патопсихологическими данными, вносят весомый вклад в решение вопросов диагностики, подбора индивидуальной терапии, мониторинга состояния пациентов.

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