

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ИНКЛЮЗИВНОМ ОБРАЗОВАНИИ

ШАПОШНИКОВА А. Ф.

Москва, ИПИО МГППУ; ГОУ «Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков»

Инклюзивное образование как система, предполагающая включение в общий образовательный процесс всех без исключения детей, неизбежно охватит и учащих, имеющих проблемы психического развития. Особенно остро встанет вопрос, касающийся интеграции детей, страдающих разными формами аутизма, так как в данном случае инвалидизирующим фактором является *нарушение социализации, невозможность адекватного контакта с другими детьми*. Детей с аутизмом, согласно мнению многих авторов, можно назвать детьми с «особыми образовательными потребностями», и именно их интеграция в систему образования связана с наибольшими трудностями [1; 2; 4; 5; 7–9].

Очевидно, что интеграция детей, страдающих расстройствами аутистического спектра, потребует организации медицинского сопровождения данной группы детей врачом-психиатром, и возникнет проблема *диагностики состояния и оценки эффективности реабилитации детей, их адаптации к условиям инклюзии*. Данная задача ставится в письме Министерства образования и науки РФ от 18 апреля 2008 года «О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами». Вопрос о разработке медицинских стандартов по организации обучения и медико-психологической реабилитации детей с опорой на особенности структуры дизонтогенеза и выраженность собственно аутистического симптомокомплекса при разных формах аутизма недостаточно изучен и по-прежнему стоит достаточно остро.

Проведение психопатологического обследования детей с аутистическими проявлениями в необходимом объеме с целью первичной диагностики и мониторинга в процессе обучения потребует массового охвата детского населения. С учетом такой масштабности представляется целесообразным использование стандартизированной шкалы. Применение шкалы позволит обследовать детей, страдающих расстройствами аутистического спектра, в процессе проведения реабилитационных мероприятий не только врачом-психиатром, но и специально обученным психологом, педагогом на уровне первичного звена медико-социальной помощи. В последние годы активно разрабатываются стандартизированные методы диагностики и оценки расстройств аутистического спектра в виде оценочных шкал, дополняющих непосредственную клиническую оценку детей. Рядом авторов рекомендуются такие методики: CHAT, M-CHAT, ABC, ADI-R, PDDST-II, STAT, ASQ, CARS [3; 5; 11].

На базе ГОУ ЦПМССДиП применялась шкала The Childhood Autism Rating Scale (CARS) [3; 12], широко используемой в США оценочной шкалой для определения выраженности аутистических проявлений у детей с 3 до 15 лет. Шкала включает в себя 15 позиций, описывающих все значимые для обследования области проявлений ребенка — «стремление к контакту с окружающими», «способность к подражанию», «особенности эмоциональных реакций», «моторика», «пользование игровыми и неигровыми предметами», «адаптация к переменам», «зрительные реакции», «слуховые реакции», «вкусовая, обонятельная, тактильная реакции», «наличие страхов или тревожности», «особенности речи», «невербальное взаимодействие», «степень и продуктивность активности», «уровень и особенности развития интеллектуальной деятельности», «оценка общего впечатления клинициста». Во время тестирования сравнивается поведение обследуемого с нормальными возрастными показателями и оцениваются все особенности поведения ребенка, выходящие за границы нормы. Тестирование можно проводить с учетом любой информации, отражающей психическое состояние пациента на текущий момент. Наряду с непосредственной оценкой поведения ребенка на приеме можно пользоваться результатами обследования психолога, сведениями, полученными от родителей, наблюдениями педагогов.

В целом шкальный метод диагностики и динамического прослеживания детей оказался достаточно эффективным, но выявился существенный недостаток шкалы CARS, делающим ее применение в сфере инклюзивного образования спорным. Шкала CARS в меньшей степени чувствительна при оценке так называемых «высокофункциональных» расстройств аутистического спектра (предполагающих высокий интеллект), но именно эта группа детей в большей степени попадет в сферу инклюзивного образования.

На базе лаборатории изучения трудностей обучения ИПИО МГППУ в настоящее время проходит апробацию специально созданная для использования в условиях инклюзивного образования шкала, позволяющая определить глубину аутистического симптомокомплекса. Шкала выстроена в соответствии с диагностическими стандартами МКБ-10 [6] и рассчитана на возраст 5–12 лет (возраст дошкольной подготовки и обучения в начальной школе).

Шкала состоит из 10 субшкал, которые можно условно разделить на четыре блока:

• *Первый. Нарушения социального взаимодействия.* Данная группа нарушений имеет форму неадекватного реагирования на социально-эмоциональные сигналы, что выражается в отсутствии реакции на эмоции других людей и/или неспособности изменять поведение в соответствии с социальным контекстом; в недостаточном использовании социальных сигналов и слабом усвоении социальных, эмоциональных и коммуникативных форм поведения; особенно в недостаточности социально-эмоциональной взаимности.

• *Второй. Нарушения общения.* Данные нарушения выражаются в отсутствии социального использования имеющихся речевых навыков (каковы бы они ни были); в нарушении социально-имитационной игры, в низкой синхронности и отсутствии взаимодействия в беседе; в недостаточной гибкости речевого выражения; недостаточности эмоциональных реакций на словесные и невербальные обращения других людей, в нарушении использования интонаций и выразительности голоса.

• *Третий. Наличие стереотипных моделей поведения.* Это проявляется в тенденции устанавливать ригидный, раз и навсегда заведенный распорядок для широкого круга аспектов повседневного функционирования; у детей могут появляться стойкие стереотипные интересы, например, к датам, маршрутам или расписанию транспорта. Дети нередко сопротивляются изменениям заведенного распорядка или привычных деталей личного окружения.

• *Четвертый. Неспецифические дополнительные признаки.* Страхи, нарушения сна, агрессивность, нанесение самоповреждений.

Шкала заполняется на основании собственных наблюдений, сведений от родителей и специалистов, работающих с ребенком.

Анализ результатов первичной апробации данной шкалы в параллели с CARS будет представлен на конференции.

Литература

1. *Башина В. М.* Аутизм в детстве. — М.: Медицина, 1999. 240 с.

2. *Башина В. М., Красноперова М. Г.* Детский аутизм процессуального генеза: вопросы патогенеза,

клиника и дифференциальная диагностика // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т.06/№ 1/ С. 42—49.

3. *Касаткин В. Н., Шапошникова А. Ф., Письменная Н. В., Бородина Л. Г., Сударикова М. А.* Опыт применения стандартизированных диагностических оценочных шкал в комплексной программе лечебно-коррекционной помощи детям с расстройствами спектра аутизма // Сборн. докл. гор. научно-практ. конф. «Детский аутизм: исследования и практика». М.: Образование и здоровье, 2008. С. 26—58.

4. *Малофеев Н. Н.* Западноевропейский опыт сопровождения учащихся с особыми образовательными потребностями в условиях интегрированного обучения // Дефектология. 2005. № 5. С. 3—18.

5. *Марценковский И. А., Бикишева Я. В., Дружинская А. В.* Базовые принципы оказания медицинской помощи детям с общими нарушениями психического развития — расстройствами спектра аутизма // *Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия.* 2007. № 2. С. 12—19.

6. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте», — 2-е изд., испр. — М.: Смысл, АCADEMIA. 2008. 407 с.

7. *Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Аутичный ребёнок. Пути помощи. — М.: Теревинф, 2000. 336 с.

8. *Симашкова Н.В.* Атипичный аутизм в детском возрасте. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2006. 44 с.

9. *Феррари П.* Детский аутизм. — М.: Образование и здоровье, 2006. 125 с.

10. *Baird G. [et al.]* A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 2000. V. 39. P. 694—702.

11. *Schopler E., Reichler R., De Vellis R. & Daly K.* Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) // *J. of Autism and Developmental Disorders,* 1980. № 10. P. 91—103.

12. *Shopler E., Reichler R. J., Renner B. R.* Childhood Autism Rating Scale (CARS). — Los Angeles, California: WPS, 1988. 34 p.