

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ЛЕЧЕБНО-КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

*В.Н. Касаткин, А.Ф. Шапошникова, Н.В. Письменная,  
Л.Г. Бородина, М.А. Сударикова*

### **1. Расстройства аутистического спектра: распространенность, этиологические факторы, актуальные вопросы диагностики и дифференциальной диагностики, прогноза, оказания лечебно-реабилитационной помощи**

В последние годы наблюдается устойчивый интерес исследователей, врачей-практиков и общественности к проблеме детского аутизма. Это может объясняться как тяжестью имеющихся при аутизме нарушений, крайней неопределённостью в вопросах этиологии расстройства, отсутствием эффективных методов лечения и коррекции, так и возможным значительным возрастанием распространенности аутизма за несколько последних десятилетий. Увеличение показателей распространённости может быть обусловлено методологическими различиями в исследованиях, произошедшими изменениями в диагностике расстройства, большей осведомленностью общества и профессионалов о проблеме аутизма (Chakrabart & Fombonne, 2001; Davis et al., 1992).

Аутизм распространен во всех странах мира, его встречаемость не зависит от расовой принадлежности, этнического состава населения, уровня материального благополучия общества и социальной среды и составляет ~0,05% (4-5 случаев на 10 тыс. новорожденных). В США аутизмом страдают примерно 111 тыс. человек (~0,04% популяции). Большинство европейских авторов сходятся на показателе распространенности аутизма ~0,05% (4,5 на 10 тыс. населения). Отклонения от этой цифры исследователи трактуют как результат применения различных критериев диагностики аутизма в разных странах Европейского Союза.

Приведенные эпидемиологические данные отражают только случаи так называемого типичного аутизма, известного как синдром Каннера, и не учитывают иные расстройства из спектра общих нарушений психического развития (Никольская, Баенская, Либлинг,

2000). До сих пор остаётся неясным, есть ли действительно увеличение случаев аутизма. На 2000 г. распространенность расстройств аутистического спектра в среднем составляла 10 случаев на 10 000 для аутизма и 2,5 на 10 000 для синдрома Аспергера (Wakefield et al., 1998; Busko, 2008). По данным С. Gillberg на 2004 г. — до 50-100 случаев на 10 000 (Марценковский, Бикшаева, 2007). Существуют и более точные показатели: 57,9 на 10 000 (Марценковский, Бикшаева, 2007), 62,6 на 10 000 для всех первазивных расстройств (Сайфутдинова, 2003). Входящее в группу общих расстройств развития дезинтегративное расстройство детского возраста встречается редко — 0,1–0,6 на 10 000 (Сайфутдинова, 2003). Обычно имеется значительное преобладание лиц мужского пола среди больных аутизмом (Volkmar & Nelson, 1990). Распространенность аутизма среди взрослого населения неизвестна.

Предпринимались попытки выделить подтипы внутри спектра аутистических расстройств: например, “пассивный, отчуждённый и активный, но странный” по Wing (Van Bourgoudien, Marcus, Schopler, 1992), три подтипа по общему уровню функционирования: низкий, средний и высокий (Naruse et al., 1982), нерегрессивный и регрессивный аутизм в зависимости от возраста начала (Moore et al., 2000). Установлено, что 15–40% детей с аутизмом нормально развиваются до 15–19 месяцев, а затем теряют словарный запас, способность к социальному взаимодействию, появляются стереотипные формы активности; эти случаи и относят к регрессивному подтипу расстройства. Самостоятельность данной подгруппы остаётся неясной. В отечественной психиатрической и психологической школах есть свои классификации аутизма: синдром Каннера, инфантильный аутизм, инфантильный психоз, аутистическое расстройство (Башина, 1999), четыре психологические подгруппы в зависимости от тяжести проявлений и прогноза (Бурлачук, 2002). В последние годы достоверно доказано, что аутизм имеет нейробиологическую основу, проявляющуюся поведенческими нарушениями. Положение, что причина аутизма — это психологически неблагоприятные взаимоотношения ребёнок-родитель, полностью отвергнуто. Установлена большая роль фактора наследственности, имеющей, по-видимому, множественный характер, но заинтересованность конкретных генов или хромосом определяется лишь в малой части случаев: хромосомы 16 и 7, выделенные в 2003 г. французскими исследователями два гена, ответственные за возникновение расстройства (Симашкова, 2006).

К факторам риска относят использование лекарств во время беременности: талидомида (Rapin & Katzman, 1998), вальпроевой кислоты (Постановление правительства Москвы от 19.04.2005 г. № 231-ПП), других антиконвульсантов (Lewendon, Kinra, Nelder & Cronin, 2001), кокаина (Anderson et al., 1989), алкоголя (Christianson, Chesler & Kromberg, 1994, а также воздействие инфекционных агентов — цитомегаловируса (Harris, MacKay & Osborn, 1995), вируса краснухи (Сайфутдинова, Сударикова, 2004), вируса герпетического энцефалита (May, 2000). Также предполагалось, что в развитии симптомов аутизма причинную роль может играть интоксикация ртутью, входящей в состав тиомерсала — консервирующего агента вакцины против кори, паротита и краснухи (MMR). Убедительных данных, подтверждающих это предположение, нет. Тиомерсал в настоящее время не используется при производстве вакцины MMR (Heussler et al., 2001). Результаты некоторых исследований показали изменения концентрации отдельных микроэлементов в организме больных аутизмом: более низкое по сравнению с контрольными группами содержание кальция, магния, меди, марганца, хрома и более высокое — лития (Szatmari, Boyle & Offord, 1989) и свинца (Fombonne, 2003). Связь между этими изменениями и возникновением расстройства остаётся неясной. В целом ряде исследований анализировались нарушения функционирования желудочно-кишечного тракта у больных аутизмом (Skuse, 2005; Stromland, Nordin, Miller, Akerstrom & Gillberg, 1994), было предложено понятие “аутистического энтероколита” (Stromland, Nordin, Miller, Akerstrom & Gillberg, 1994), изучалась эффективность безглютен-казеиновой диеты (Tomatis, 1996), которая также не нашла убедительного подтверждения (Howlin, 1998).

Данные нейрофизиологических исследований продемонстрировали специфические нарушения при аутизме — недостаточную активацию областей мозга (особенно лобных долей), ответственных за планирование и контроль сложных действий и обработку социально-эмоциональной информации (McCarthy & Coleman, 1979). Дальнейшие исследования необходимы также в вопросах связи между аутизмом и эпилепсией (Schopler, Reichler, DeVellis & Daly, 1980).

В последние годы разрабатываются стандартизированные методы диагностики и оценки расстройств аутистического спектра, дополняющие непосредственную клиническую оценку. Примерами таких методик могут служить: диагностическое интервью для аутизма, пересмотренное — ADI-R (Gillberg & Steffenburg, 1987), диагностическое интервью для социальных и коммуникативных расстройств

— DISCO (Wakefield et al., 2000), социальный и коммуникационный тест — SCDC (New York State Department of Health, Early Intervention Program. Clinical Practice Guideline, 1999), тест для выявления расстройств аутистического спектра — ASSQ, — для случаев синдрома Аспергера и других высокофункциональных аутистов (Baird et al., 2000), количественная шкала оценки детского аутизма — CARS (Rutter, 1970), ASDS — шкала для диагностики синдрома Аспергера.

Прогноз для общего функционирования и адаптации в большинстве случаев аутизма весьма серьёзный. 5–17% страдающих аутизмом людей имеют хороший выход, нормальную или близкую к нормальной социальную жизнь и приемлемое функционирование в учёбе и работе. Наилучший предиктор прогноза — уровень интеллекта (Chess, 1971; Moore et al., 2000).

Из коморбидных аутизму расстройств исследователи указывают на следующие: депрессии (риск депрессии в подростковом и зрелом возрасте высокий — между 4,4 и 57,6%) (Fombonne, 1999), компульсивность (McDougle et al., 1996), гиперактивность, тики и синдром Туретта (Ring et al., 1999), тревожные расстройства — 17%, мании и биполярные расстройства — 10%, шизофрения — 7%, изолированные психотические симптомы — 7% (Ehlers, Gillberg, Wing, 1999). Отечественные специалисты не отрицают родства между аутизмом и шизофренией и нередко расценивают аутизм как синдром ранней детской формы данного заболевания (Башина, 1999; Башина, Краснопорова, 2004).

Эффективных средств помощи больным аутизмом в настоящее время нет. Большинство исследователей подчёркивают важность образовательных методов и социальной поддержки, особенно — структурированных образовательных режимов (Ehlers, Gillberg, Wing, 1999; Markowitz, 1983). Доказали свою эффективность бихевиоральные программы обучения детей младшего возраста. Перспективным методом воздействия на слуховое восприятие и экспрессивную речь также считается система аудиовокальных тренировок, известная как “метод Томатис” (Rumsey, Rapoport & Sceery, 1985). Психотерапия не действует на ключевые проявления аутизма, но может эффективно влиять на поведение, агрессивность, стереотипии, негативизм. Группы препаратов, успешно применяющихся при аутизме, включают ингибиторы обратного захвата серотонина (Lainhart & Folstein, 1994), нейрелептики, понижающие допаминовую трансмиссию (Никольская, Баенская, Либлинг, 2000), а также средства, воздействующие на адреналиновую и норадреналиновую системы, при гиперактивности (Lord, Rutter & Le Couteur, 1994).

Расстройства спектра аутизма в большинстве случаев приводят к инвалидизации и ограничению социального функционирования детей и их семей. Существует корреляция между возрастом начала лечебно-коррекционных воздействий и клинико-социальным прогнозом у больных, страдающих расстройствами спектра аутизма (в большей степени это касается когнитивной недостаточности и поведенческих нарушений пациента во взрослом возрасте). Опыт работы сектора медико-социальной реабилитации детей и подростков с психическими и поведенческими расстройствами Украинского НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии свидетельствует, что 60% детей с расстройствами спектра аутизма, терапия которых была начата в возрасте 2-4-х лет, в школьном возрасте смогли заниматься по программе общеобразовательной школы, 20% — по вспомогательной программе. Таким образом, для 80% детей с рано диагностированными расстройствами спектра аутизма были доступны интеграционные формы обучения. Из числа пациентов, диагностированных после достижения 6-летнего возраста, посещать школу смогли только 30% детей. Большинство поздно диагностированных пациентов вынуждены были заниматься по индивидуальным программам вне школы или интернированы в учреждения Министерства труда и социальной политики (Никольская, Баенская, Либлинг, 2000).

Таким образом, задача наиболее раннего выявления расстройств спектра аутизма для организации оказания своевременной комплексной лечебно-коррекционной помощи представляется актуальной. В практику специалистов, занимающихся оказанием помощи детям с расстройствами спектра аутизма, уже введено множество стандартизированных шкальных методов обследования детей и подростков, направленных на повышение эффективности в диагностической и лечебно-коррекционной работе. Из числа широко используемых в педиатрической практике чувствительных инструментариев для ранней и скрининговой диагностики общих нарушений развития можно назвать контрольные списки и тесты CHAT, M-CHAT, ABC, ADI-R, PDDST-II, STAT, ASQ, PEP-R, VABS. А для периодического клинико-динамического контроля детей с общими нарушениями развития используют CARS (Никольская, Баенская, Либлинг, 2000).

С нашей точки зрения, избыточность тестового диагностического инструментария, предназначенного для эффективной работы с детьми, страдающими расстройствами спектра аутизма, нецелесообразна, так как создает трудности при взаимодействующей деятельности специалистов разных профилей. Представляется оптимальным

сочетание четырех диагностических шкал — CARS, ASDS, PEP и VABS (что подтверждается опытом использования разнообразных тестовых методик на базе ЦПМССДиП), позволяющих выполнять задачи, связанные с выявлением детей групп риска, диагностикой и дифференциальной диагностикой расстройств аутистического спектра, с динамическим контролем состояния детей с РДА и четким планированием лечебно-реабилитационных мероприятий.

## **II. Опыт применения шкалы CARS (шкала количественной оценки детского аутизма) для диагностики и дифференциальной диагностики детского аутизма, а также для динамического контроля состояния детей, страдающих детским аутизмом**

Шкала CARS, **The Childhood Autism Rating Scale** E. Shopler, Ph.D. R.J. Reichler, M.D. B. R. Renner, Ph.D. — это широко используемая в США оценочная шкала для определения выраженности аутистических проявлений у детей.

Шкала включает 15 позиций, описывающих все значимые для обследования характеристики 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”.

В протоколе шкалы к этим позициям даны ключевые ориентиры, “подсказки”, они могут восприниматься как вспомогательная информация для врача. Во время тестирования поведение обследуемого сравнивается с нормальными возрастными показателями, и все особенности, выходящие за границы нормы, должны быть учтены при оценке по CARS.

Цель шкалы — оценить степень аутистических проявлений у ребенка, вне зависимости от состояния, которое их вызвало, и возможных маскирующих факторов.

Удобство шкалы CARS состоит в том, что она достаточно проста в использовании. Тестирование можно проводить, пользуясь любой информацией, отражающей поведение ребенка в интересующий вас временной период (ближайший к моменту тестирования) — результа-

тами обследования психологом, сведениями от родителей, наблюдениями педагогов, врача.

В русскоязычных литературных источниках описаны единичные случаи использования шкалы CARS. Шкала применялась с научно-исследовательской целью для оценки степени тяжести аутизма у обследуемых детей (Красноперова, 2003), а также в рамках практической лечебно-коррекционной работы для периодического контроля детей с общими нарушениями развития (расстройствами аутистического спектра) с целью определения эффективности используемых интервенций (Марценковский, Бикшаева, Дружинская, 2007).

В данной статье описывается опыт применения шкалы CARS в ЦПМССДиП. На базе центра шкала CARS регулярно используется врачами-психиатрами с 2005 г. в структуре диагностической и лечебно-коррекционной работы с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра.

По шкале CARS были обследованы 142 ребенка, страдающих общими расстройствами, получающих на базе ЦПМССДиП лечебно-коррекционную помощь. Распределение детей по диагностическим группам и полу представлено в табл. 1.

**Таблица 1**  
**Распределение детей по диагностическим группам и полу**

Диагностическая группа	Общее кол-во детей	Мальчики	Девочки
F84.0 Детский аутизм	49	46	3
F84.1 Атипичный аутизм	36	29	7
F84.5 Синдром Аспергера	11	11	-
F84.8 Другое общее расстройство развития	16	11	5
F 20.8x3 Детский тип шизофрении	13	12	1
F21 Шизотипическое расстройство	17	16	1
Итого:	142	125	17

Диагноз детям, принимавшим участие в исследовании, выставлялся на основании клинических и параклинических данных, по диагностическим критериям МКБ 10. Количественное распределение детей по оценке CARS (степень выраженности аутизма) в разных диагностических группах представлено в табл. 2.

**Таблица 2**

**Количественное распределение детей по оценке CARS (степень выраженности аутизма) в разных диагностических группах**

Диагностическая группа	Общее	«Не аутист»	«Слабо-умеренный	«Выраженный
	количество		аутист»	аутист»
	детей	( 15-29,5 баллов)	(30-36,5 баллов)	(37-60 баллов)
		по CARS	по CARS	по CARS
F84.0 Детский аутизм	49	0	16	33
F84.1 Атипичный аутизм	36	3	19	14
F84.5 Синдром Аспергера	11	5	6	0
F84.8 Другое общее расстройство развития	16	8	7	1
F 20.8x3 Детский тип шизофрении	13	8	3	2
F21 Шизотипическое расстройство	17	11	5	1
Итого:	142	35	56	51

Как видно из табл. 2, шкала CARS наиболее эффективна для определения детского аутизма, квалифицируемого по МКБ-10 как F84.0 (100% случаев в нашем исследовании).

На втором месте по частоте выявления синдрома аутизма с помощью CARS — состояние, которое квалифицируется по МКБ-10 как атипичный аутизм (92 % случаев в нашем исследовании).

При синдроме Аспергера шкала показывала наличие достаточной выраженности аутистических расстройств в 6 случаях из 11 (55% детей), причем ни один из них не достигал критерия “выраженный аутист”.

В диагностической группе F84.8 — Другое общее расстройство развития (расстройство развития, которое можно квалифицировать как общее, но не имеющее всего комплекса признаков детского аутизма, синдрома Аспергера, атипичного аутизма, дезинтегративного расстройства (синдром Ретта и др.) (Szatmari, Boyle & Offord, 1989; Rutter, 1970) — шкала обнаруживает наличие аутизма в половине случаев.

У детей, больных детским типом шизофрении, CARS устанавливала наличие аутистических расстройств в 5 случаях из 13 (38% детей).



На последнем месте по степени выявления аутистического симптомокомплекса — состояние, которое по МКБ-10 квалифицируется как F21 — Шизотипическое расстройство. В этой диагностической группе признаки аутизма шкала выделяла в 6 случаях из 17 (35% детей).

Таким образом, шкала CARS показала себя эффективной в определении синдрома аутизма, но не может быть использована для дифференциальной диагностики расстройств аутистического спектра. При психопатологических состояниях и заболеваниях, предполагающих в своей структуре наличие аутистического симптомокомплекса, шкала способна оценивать *степень выраженности* проявлений аутизма, что немаловажно для оценки эффективности и определения направлений лечебно-коррекционной работы с ребенком.

***Возможность динамической оценки состояния детей, страдающих аутизмом, с помощью исследования по шкале CARS.***

При апробации шкалы проводилось наблюдение за динамикой состояния детей, страдающих аутизмом, обучающихся в школе ЦПМССДиП. Состояние детей изучалось с помощью шкалы с интервалом в 4-12 месяцев. Дети, за которыми велось наблюдение, получали педагогическую, психологическую, логопедическую коррекцию, а также медикаментозное лечение.

С помощью шкалы удалось находить сферы жизнедеятельности ребенка, которые “поддавались” терапевтическому и коррекционному влиянию, так как отчетливо была видна положительная динамика (в балльной оценке), а также фиксировать проявления ребенка, сохраняющие патологическую форму, т.е., предположительно, требующие иного или более интенсивного лечебно-коррекционного воздействия. Контроль динамики состояния детей с синдромом аутизма, построенный именно таким образом, дал специалистам Центра возможность более точно и прицельно формировать планы лечебно-коррекционной работы с ребенком.

Шкала CARS показала свою эффективность при контроле динамики состояния у детей, страдающих теми или иными расстройствами аутистического спектра (преимущественно — детский аутизм и атипичный аутизм, так как именно эти состояния в большей степени подлежат оценке с ее помощью). В процессе апробации шкалы было установлено, что повторные исследования целесообразно проводить с интервалом не менее чем 1 раз в 6 месяцев, оптимально — 1-2 раза в год.

На базе ЦПМССДиП динамический контроль состояния проводился у 64 детей, наблюдающихся в обоих филиалах Центра длительное время и нуждающихся в динамической оценке нарушений именно аутистического круга (как определяющих психическое состояние ребенка).

Для примера динамического контроля психического состояния ребенка, страдающего аутизмом, дается описание клинической иллюстрации с анализом динамики по шкале CARS.

***Клиническая иллюстрация.***

**Николай О. Дата рождения — 21.06.2000 г.**

Наблюдается в ЦПМССДиП с апреля 2005 г. преимущественно врачом-психиатром, с 2007 г. начал обучение в школе Центра, с сентября 2007 г. получает в полном объеме лечебную и коррекционную помощь. Ребенок наблюдается с диагнозом F84.1 — Атипичный аутизм.

Первичное обращение в Центр с жалобами на расторможенность, непослушание, неусидчивость. Из *анамнеза* известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей нормально, первых, самостоятельных родов со слабостью родовой деятельности, родился с обвитием пуповины, оценка по шкале Апгар — 8/8 баллов. Синдактилия 1-2 пальцев стоп. Моторное развитие — с небольшой задержкой, навыками самообслуживания овладевал с трудом, а в речевом развитии мальчик опережал сверстников, к 1,5 годам знал буквы, с 3,5 лет начал читать. Мать утверждает, что состояние ребенка показалось ей “странным” с 3,5-4 лет, когда стал расторможенным, непослушным; создавалось впечатление, что ребенок не слышит обращенную речь, стал мало использовать собственную речь для общения, появились однообразные стереотипные игры, стал стремиться к одному и тому же порядку в быту, появилась избирательность в еде. В детском саду адаптироваться не смог — и до обращения в Центр детские группы не посещал. В 4 года был консультирован д.м.н., проф. Ю.Н. Шевченко, был выставлен диагноз: “атипичный аутизм” и назначено лечение — рисполепт. При *первичном осмотре* в психическом статусе на первом плане были выраженные коммуникативные нарушения, поведение можно было охарактеризовать как полевое, отмечались моторные стереотипии, а также своеобразные, односторонние интересы, своеобразные игры (без участия других людей, с вымышленными персонажами). Оценить интеллект не представлялось возможным из-за недостаточности контакта с

ребенком. Ребенок постоянно получал *лечение*: нейрорептики (рисполепт, сонапакс), ноотропные препараты, витамины. С мая 2007 г. нейрорептическая терапия была пробно отменена — без отрицательной динамики.

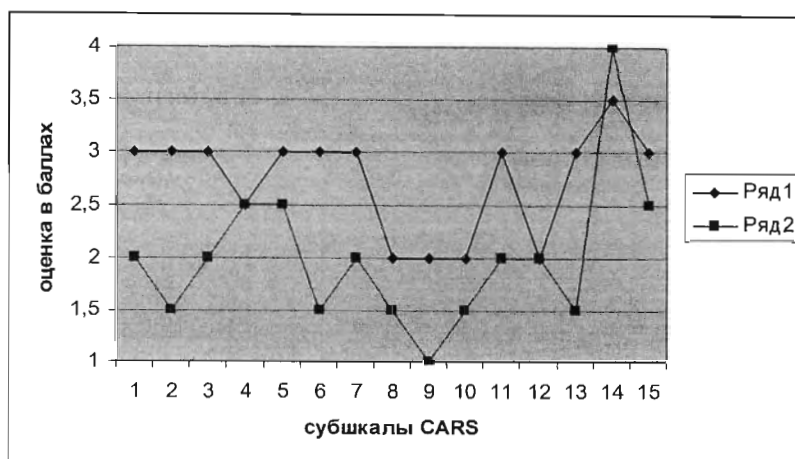
Коррекционные занятия в условиях Центра не посещал, со слов матери — занимался с педагогом-психологом. Динамику состояния можно расценить как положительную: ребенок стал более упорядочен в поведении, на психологическом обследовании был выявлен сохранный интеллект при неравномерности достижений, лучше вступал в контакт, начал играть с младшим братом, с некоторыми хорошо знакомыми детьми. С сентября 2007 г. начал учиться в школе Центра, смог адаптироваться к требованиям дисциплины, успешен в учебной деятельности. При этом сохраняется формальность контактов, нет стремления к общению со сверстниками, интересы односторонние, есть недостаточное понимание социального подтекста ситуаций. Состояние постоянно контролировалось по шкале CARS (см. табл. 3), что помогало регулировать лечение и коррекционные занятия.

**Таблица 3**

**Протоколы динамического наблюдения по шкале CARS**

№	Дата	Возраст ребенка	Общий	Характер	Характер
	исследования	на момент	балл	медикаментозной	коррекционной
	по CARS	исследования	по CARS	терапии	помощи
1	25.04.2005	4 года 9мес	41	рисполепт, ноотропные препараты, витамины	нет
2	26.08.2005	5 лет, 2 мес.	37,5	рисполепт	нет
3	02.12.2005	5 лет, 4 мес.	34	рисполепт	Педагог-психолог (вне Центра)
4	26.05.2006	5 лет, 11 мес.	32,5	рисполепт, ноотропные препараты, витамины	Педагог-психолог (вне Центра)
5	19.01.2007	6 лет, 5 мес.	33	рисполепт	Педагог-психолог (вне Центра)
6	12.10.2007	7 лет, 3 мес.	30	С 01.07 по 06.07 – рисполепт, сонапакс. Далее – активная терапия пробно отменена.	Обучается в школе Центра, получает занятия с психологом, нейропсихологом

На рис.1 представлена общая оценка динамики состояния ребенка, отраженная в показателях по субшкалам CARS.



Ряд 1 — 25.04.2005, 4 года 9мес.;

Ряд 2 — 12.10.2007, 7 лет 3 мес.

**Рис. 1. Общий динамический профиль оценки по субшкалам CARS.**

Для сравнения показано состояние ребенка на момент первого обследования и его состояние на момент последнего обследования. На рис. 1 видно, что наибольшего эффекта удалось достичь в сферах проявлений ребенка, описываемых субшкалами:

- 1 — “возможность контакта с окружающими”;
- 2 — “способность к подражанию”;
- 3 — “особенности эмоциональных реакций”;
- 7 — “зрительные реакции”;
- 11 — “особенности речи”;
- 13 — “степень активности”.

По этим субшкалам оценка опустилась до уровня 2 балла — слабо-патологического.

По субшкалам 6 - “адаптация к переменам” и 9 - “вкусовая, обонятельная, тактильная реакции” оценка приблизилась к нормальным значениям, произошла полная нивелировка патологических проявлений.

Причем, при более детальном рассмотрении динамических профилей CARS, можно увидеть, что в некоторых сферах (“эмоциональные реакции” и “адаптация к переменам”) наиболее заметные положительные изменения в состоянии ребенка совпали по времени с его помещением в школу Центра (см. гистограммы 1 и 2).

**Гистограмма 1**



**Гистограмма 2**



1 — 25.04.2005, 4 года 9 мес.; 2 — 26.08.2005, 5 лет 2 мес.;  
 3 — 02.12.2005, 5 лет, 4 мес.; 4 — 26.05.2006, 5 лет 11 мес.;  
 5 — 19.01.2007, 6 лет 5 мес.; 6 — 12.10.2007, 7 лет 3 мес.

На гистограмме 1 видно, что в данной сфере (“эмоциональные реакции”) удалось добиться некоторых улучшений: 2,5 года наблюдения за ребенком оценка опустилась с 3 (умеренно-патологический уровень) до 2 (слабо-патологический уровень). Заметно, что улучшение по времени совпало с помещением ребенка в школу Центра, на фоне отмены активной терапии. Такая динамика говорит о том, что на данном этапе ребенку необходима, в первую очередь, психолого-педагогическая коррекция, которую он начал интенсивно получать в условиях школы Центра.

На гистограмме 2 также видны значительные положительные изменения (субшкала “адаптация к переменам”): оценка с 3 баллов (умеренно-патологический уровень) опустилась до 1,5 (вариант нормы). Резкое улучшение состояния также совпало по времени и, вероятно, было вызвано началом обучения в школе.

Отрицательная динамика прослеживается по субшкале 14 — “уровень и особенности развития интеллектуальной деятельности”. На гистограмме 3 заметно, что за время наблюдения за ребенком, когда постепенно восстанавливался контакт с ним (оценка по субшкале 1 “возможность контакта” — ряд 1 на гистограмме), появилась

возможность оценить его интеллектуальный уровень, и в последнее время (это особенно ярко было видно в школе) стала заметна выраженная неравномерность интеллектуальных достижений (оценка по субшкале 14 — ряд 2 на гистограмме).

**Гистограмма 3**



Ряд 1 — оценка по субшкале 1 — “возможность контакта”;

Ряд 2 — оценка по субшкале 14 — “уровень и особенности развития интеллектуальной деятельности”.

1 — 25.04.2005, 4 года 9мес.; 2 — 26.08.2005, 5 лет 2 мес.;

3 — 02.12.2005, 5 лет 4 мес.; 4 — 26.05.2006, 5 лет 11 мес.;

5 — 19.01.2007, 6 лет 5 мес.; 6 — 12.10.2007, 7 лет 3 мес.

Положительной динамики не наблюдалось к моменту последнего наблюдения по субшкалам 4 — “особенности моторики” и 12 — “невербальное взаимодействие”.

Следует сказать, что если по 12-й шкале отсутствовали вообще какие-либо изменения в состоянии, то в области двигательной сферы ребенка, если взглянуть на все оценки по субшкале 4 за время наблюдения, можно увидеть, что изменения намечались, но не стабилизировались (см. гистограмму 4).

**Гистограмма 4**



Основные патологические признаки у данного ребенка — наличие моторных стереотипий. По гистограмме видно внезапное нарастание патологических проявлений в этой сфере (учащение стереотипий) в январе 2007 г., в связи с этим был назначен сонапакс, и наметилась некоторая положительная динамика.

Удалось добиться лишь слабого улучшения — не более 0,5 балла по субшкалам:

\*5 — “предметная деятельность (пользование игровыми и неигровыми предметами)”. Игры мальчика остаются своеобразными, уединенными, есть упорная склонность к стереотипным видам деятельности.

\*8 — “слуховые реакции”. Патологические изменения в области слуховых реакций изначально достигали лишь слабо-патологического уровня, и за 2,5 года наблюдения нивелировались до варианта нормы.

\*10 — “наличие страхов или тревожности”. Данное ребенка отличало не столько наличие страхов, сколько, наоборот, — ослабление чувства самосохранения, и состояние оставалось без изменений на протяжении длительного времени, а положительная динамика наметилась в то время, когда мальчик начал посещать школу Центра: он стал более осторожным. Установленные особенности говорят о реабилитационном характере обучения в условиях класса — это способствовало социализации ребенка.

**Вывод:** в результате анализа динамики состояния данного ребенка видно, что наибольшего успеха удалось добиться за последний год, когда ребенок был включен в небольшой коллектив детей, и активно начала проводиться коррекционная работа. Наибольшая концентрация положительных изменений наблюдалась по субшкалам: 2 “способность к подражанию”, 6 “адаптация к переменам” и 13 “степень активности”.

Дальнейшая работа требуется над речью ребенка и его коммуникативными навыками, над развитием произвольности и внимания, необходима моторная коррекция.

### **III. Опыт применения шкалы VABS (Шкала адаптивного поведения Вайнленд) в рамках комплексной программы лечебно-коррекционной помощи детям, страдающим расстройствами спектра аутизма**

Шкала адаптивного поведения Вайнленд VABS (Sparrow, Balla, Cicchetti, 1984), далее по тексту: Вайнленд или Шкала Вайнленд, — это результат пересмотра и рестандартизации Шкалы социальной

зрелости Вайнленд, созданной в 1935 г. Э. Доллом — Vineland Social Maturity Scales by Edgar A. Doll (Бурлачук, 2002). В Шкале Вайнленд термин “адаптивное поведение” понимается как ежедневная деятельность индивида, обеспечивающая взаимодействие с другими и возможность заботиться о себе. С возрастом адаптивное поведение изменяется, в частности, у ребенка уменьшается зависимость от ближайшего окружения и помощи близких. Однако каждому возрастному периоду соответствуют определенные навыки, важные для адаптации в семье, школе, детском саду, и в целом, в социуме. Шкала Вайнленд — это полуструктурированное интервью, позволяющее представить индивидуальный статус в сфере адаптивного поведения в числовом и описательном выражениях и оценить его соответствие установленным возрастным нормативам. Интервью проводится с родителем или опекуном ребенка.

При помощи этой шкалы оцениваются навыки ребенка в следующих сферах: коммуникация (навыки экспрессивной, рецептивной и письменной речи), повседневные житейские или бытовые навыки (личные, домашние, общественные), социализация (межличностное взаимодействие, правила и нормы поведения в обществе) и моторные навыки (крупная и мелкая моторика). Также вычисляется суммарный показатель адаптации, который учитывает адаптацию в каждой из перечисленных сфер. Результаты по шкалам адаптации представляются в стандартных баллах по американской норме, (среднее = 100 баллов, ст. отклонение = 15 баллов). Результаты по субшкалам представляются в сырых баллах. Кроме того, оценивается уровень дезадаптивных проявлений, которые рассматриваются как деятельность, приносящая определенные неудобства, проблемы ребенку. Шкала дезадаптивных проявлений делится на 2 части. К первой относятся характеристики дезадаптивного поведения, встречающиеся у детей в норме и являющиеся сигналами об эмоциональном неблагополучии ребенка. Например, “сосет палец”, “проявляет повышенную тревожность, страхи”. Во вторую часть входят более серьезные проявления дезадаптации, которые характеризуют психопатоподобные паттерны поведения и, как правило, не встречаются у типично развивающихся детей. Например, “умышленно разрушает, уничтожает собственное или чужое имущество”, “обращает повышенное внимание на определенные объекты или виды деятельности”.

Основная возрастная категория, в которой используется Шкала Вайнленд, — дети от 0 до 18 лет 11 мес.



По результатам обследования уровень адаптивного поведения характеризуется как высокий, умеренно высокий, нормативный, умеренно низкий или низкий. В такой же форме оценивается и каждая из сфер, выделяются наиболее сильные и слабые области адаптивного поведения. Уровень дезадаптивного поведения ребенка определяется как незначительный, средний или значительный, при этом учитываются только показатели по Части I шкалы. Значения от 12 баллов свидетельствуют о значительном уровне дезадаптивных проявлений (по американской норме).

Шкала Вайнленд применяется как в клинической практике (для диагностики уровня развития адаптивного поведения ребенка и проявлений дезадаптивного поведения, для определения целей и задач коррекции и оценки хода лечебных и коррекционных мероприятий), так и в сфере образования и обучения (применяется в комплексных исследованиях оценки уровня развития ребенка наряду с диагностикой особенностей когнитивной сферы и уровня развития учебных навыков),

Также шкала активно используется в научно-исследовательских целях, особенно для изучения детей и подростков с различными расстройствами аутистического спектра. Даже высокофункциональные аутисты обычно демонстрируют снижение адаптивного поведения по сравнению со здоровыми сверстниками. В многочисленных работах показано, что наиболее существенный дефицит отмечается у аутичных детей в сфере социализации. Кроме того, при различных нарушениях развития могут отмечаться специфические формы профиля в сферах адаптивного поведения (Сайфутдинова, 2003; Сайфутдинова, Сударикова, 2004).

Ниже представлен сравнительный анализ профилей по шкале Вайнленд, полученных при обследовании детей, получающих коррекционную помощь в Центре. Для сравнения были выбраны те, кто имеет определенный диагноз, а также результаты по шкале адаптивного поведения Вайнленд и методике CARS. Дети были разбиты на группы в соответствии с психиатрическим диагнозом (см. табл. 4). В связи с тем, что анализируются данные в стандартных баллах, разбиения по возрастным группам не проводилось. В исследовании приняли участие дети 1992-2003 гг. рождения. Учтены данные первичных обследований, предшествовавших коррекционной работе.

Таблица 4

## Описание выборки

Диагноз/группа	Мальчиков	Девочек	Всего
F 20-21	15	2	17
F 84.0	43	2	45
F 84.1	26	5	31
F 84.5	9	0	9
F 84.8	10	4	14
Итого	103	13	116

На рис. 2 представлены профили по шкалам адаптации и суммарный показатель адаптивного поведения в стандартных баллах.

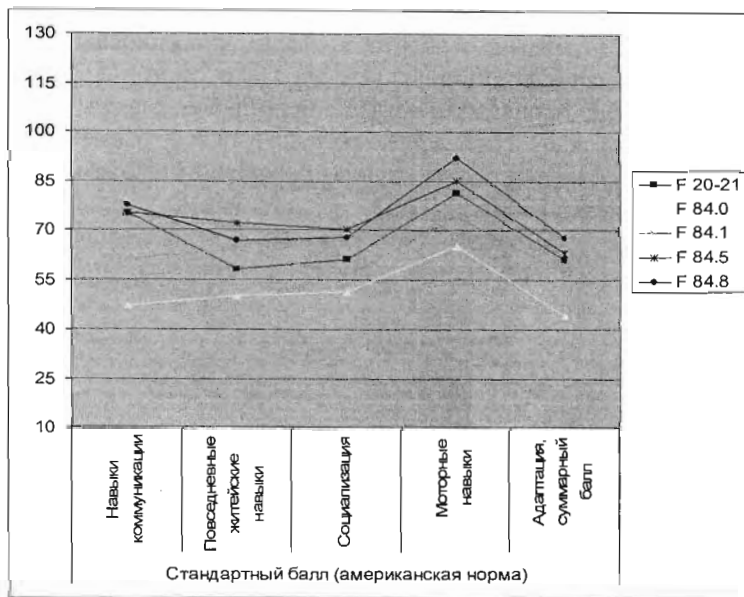


Рис. 2. Профили по шкале адаптивного поведения Вайнленд (стандартные баллы).

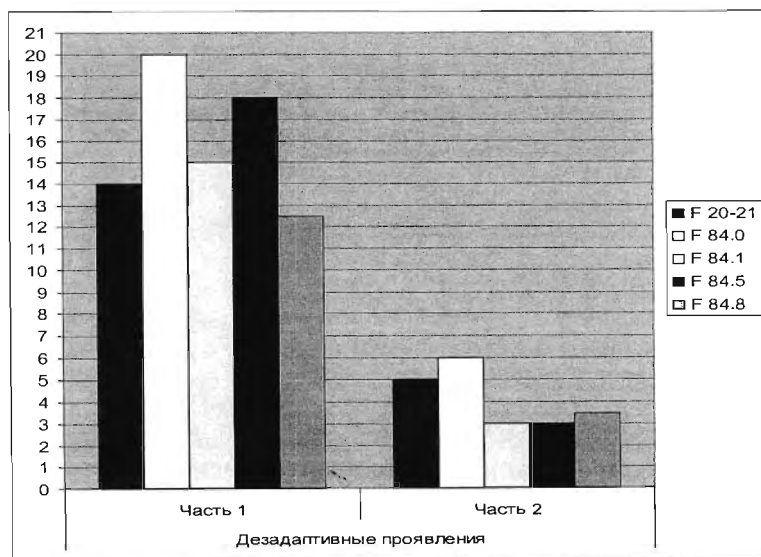
На данной шкале диапазон от 85 до 115 баллов соответствует нормативному уровню развития адаптивного поведения. В каждой из исследуемых групп вычислялось значение медианы по каждому

показателю. На рис. 2 видно, что все исследуемые группы характеризуются в целом низким уровнем развития адаптивного поведения. При этом уровень развития моторных навыков во всех группах выше по сравнению с другими показателями.

Группа F 84.0 (детский аутизм) характеризуется самыми низкими показателями по всем шкалам адаптации. Похожий профиль демонстрирует группа F 84.1 (атипичный аутизм), которая, однако, имеет более высокий уровень адаптации по всем шкалам, по сравнению с группой F 84.0.

Наиболее высокие показатели по шкалам адаптации демонстрируют группы F 84.5 (синдром Аспергера) и F 84.8 (другие общие расстройства развития). В сфере моторных навыков эти группы достигают нормативных показателей. Похожий профиль имеет группа F 20-21 (шизофрения и шизотипическое расстройство). Однако она отличается более низкими показателями, по сравнению с вышеописанными группами, особенно в сферах повседневных житейских навыков и социализации.

На рис. 3 приведены показатели по шкале дезадаптации в сырых баллах. В каждой из исследуемых групп вычислялось значение медианы по показателям дезадаптивных проявлений в Части 1 и Части 2.



**Рис. 3. Показатели по шкале дезадаптивных проявлений (сырые баллы).**

Во всех группах отмечается значительный уровень дезадаптивных проявлений. Наиболее дезадаптирована (с учетом обеих частей шкалы) группа F 84.0. Следующей по степени дезадаптации в Части 1 идет группа F 84.5. Что касается Части 2 шкалы, то наиболее высокий и близкий к уровню F84.0 показывают дети с диагнозом F 20-21.

#### **IV. Возможности сочетанного применения шкал CARS и VABS с целью динамической оценки состояния детей с РДА**

В ходе поиска оптимальных стандартных схем для осуществления эффективной лечебно-коррекционной помощи детям, страдающим расстройствами спектра аутизма, на базе ЦПМССДиП мы попробовали оценить, насколько согласованные результаты можно получить, используя одновременно VABS и CARS. Был вычислен коэффициент корреляции между итоговым показателем по CARS и суммарным показателем адаптации по VABS.

Была установлена отрицательная корреляция между этими показателями, достаточно высокая по своему абсолютному значению (-0,5708), которая свидетельствует об обратной взаимосвязи между ними. Общая тенденция выглядит так: дети с более выраженными аутистическими проявлениями в меньшей степени адаптированы к социуму; дети, чьи адаптивные навыки развиты лучше, склонны демонстрировать менее выраженные аутистические проявления.

#### ***Клиническая иллюстрация.***

**Сергей П. Дата рождения 15.08.1995** находился под наблюдением психиатра Центра с сентября 2004 г. с диагнозом: F84.1 Атипичный аутизм. Обучался в школе Центра до 4-го класса, в настоящее время врачом-психиатром Центра не наблюдается.

Первично обратились с жалобами на то, что у ребенка нет контакта с детьми, он не реагирует на обращенную речь, боится собак, темноты, не отпускает от себя мать ни на минуту.

**Из анамнеза:** Наследственность по психическим заболеваниям не отягощена (со слов матери). Ребенок от второй беременности (1—м/а), протекавшей нормально, роды в срок, самостоятельные. Родился в асфиксии, закричал не сразу, после реанимационных мероприятий. Развивался нормально по возрасту до 3-х лет. В 3 года ребенок внезапно изменился: появились страхи, не отпускал от себя мать, перестал играть с другими детьми, стал стремиться к одиночной, своеобразной игре — постукиванию бытовыми предметами, проделыванию дырок

в стене с помощью найденных гвоздей, появился бег по кругу. Речевое развитие приостановилось, перестал выполнять бытовые просьбы. В д/с не удержался. Наблюдался неврологом, получал ноотропную терапию — без эффекта.

**В психическом статусе** при первичном обращении на первом плане аутистическое поведение, отгороженность, двигательные стереотипии в виде потряхивания кистями рук. Речь чаще носит автономный характер, а если удается вступить с ребенком в диалог (для чего требуется побуждение), часто дает ответы не в плане вопроса. Также обращает на себя внимание наличие стереотипных, полностью поглощающих ребенка игр — в течение последних месяцев говорит только о транспорте, воображает себя троллейбусом — поведение, как правило, обусловлено внешними чертами этого вида транспорта, которым мальчик подражает. К целенаправленной деятельности привлекается не надолго, обращает на себя внимание неравномерность развития: умея считать, владея арифметическими операциями в пределах 10, зная буквы, ориентируясь по часам, ребенок не понимает смысла простых сюжетных картинок, разумеется, если на них не изображен транспорт. Имеют место страхи — боится собак, темноты, боится, что потеряет мать. Обманы восприятия выявить не удалось.

**На психологическом обследовании:** нарушение социально-эмоциональной и когнитивной сфер у ребенка с искаженным развитием. По Векслеру – ОИП (общий интеллектуальный показатель) 73 балла.

**Динамика состояния:** состояние оставалось нестабильным, контакт с детьми — крайне слабым, поведение — обособленным, а учебная продуктивность — низкой. Учился по программе КРО в индивидуальном режиме и успевал слабо. В феврале 2005 г. начал получать этаперазин с циклодолом. Состояние значительно улучшилось — охваченность играми стала меньше, улучшился контакт, ребенок стал успешнее в учебе и с сентября 2005 г. был помещен в класс, где достаточно успешно удерживался до декабря. В декабре 2005 г. вновь ухудшилось состояние — возросла отгороженность, снизилась учебная продуктивность, поведение стало неадекватным — на уроках пел, ходил по классу. Выяснилось, что мать, успокоившись, когда состояние ребенка начало улучшаться, самостоятельно сняла лечение, тем более что главный ее запрос был выполнен — мальчик стал самостоятельнее, уменьшились страхи, и ребенок перестал требовать постоянного присутствия матери рядом. После возврата прежней терапии состояние вновь улучшилось. А с декабря 2006 г. опять наметилась отрицательная динамика, так как мать опять

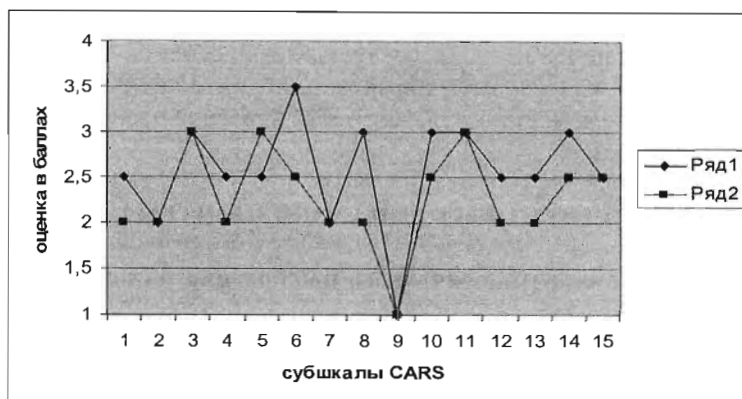
сняла лечение, на прием к психиатру не обращалась. В дальнейшем прежнее лечение было возвращено, и ребенок вновь учился в условиях класса, хоть нарастающий интеллектуальный дефект неравномерной структуры затруднял усвоение программы КРО (см. табл. 5, рис. 4).

## ЕДИНЫЙ ПРОТОКОЛ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

### 1. Протоколы динамического наблюдения по шкале CARS.

**Таблица 5**  
**Результаты динамического наблюдения по шкале CARS**

№	Дата исследования по CARS	Возраст ребенка на момент исследования	Общий балл по CARS	Характер медикаментозной терапии	Характер коррекционной помощи
1	21.01.2005	9 лет 6 мес	37,5	Ноотропная и фитотерапия.	Логопед, педагог, психолог
2	09.09.2005,	10 лет 1 мес	32	Этаперазин, циклодол	Логопед, педагог, психолог, нейропсихолог
3	05.12.2005	10 лет 4 мес	32	Ноотропная и фитотерапия.	Логопед, педагог, психолог, нейропсихолог
4	21.04.2006	10 лет 8 мес	32,5	Этаперазин, циклодол	Логопед, педагог, психолог, нейропсихолог
5	26.09.2006	11 лет 1 мес	32	Этаперазин, циклодол	Логопед, педагог, психолог, нейропсихолог, психотерапевт (индивидуальная психотерапия)
6	01.12.2006	11 лет 4 мес.	34	Ноотропная и фитотерапия.	Логопед, педагог, психолог, нейропсихолог, психотерапевт (индивидуальная психотерапия)



Ряд 1 — 21.01.2005, 9 лет 6 мес.; ряд 2 — 01.12.2006, 11 лет 4 мес.

**Рис. 4. Общий динамический профиль оценки по субшкалам CARAS.**

Для сравнения показано состояние ребенка на момент первого обследования и его состояние на момент последнего. Рис. 4 наглядно показывает, что наибольшего эффекта удалось достичь в таких сферах проявлений ребенка как:

- возможность адаптации к переменам (показатель по 6-й субшкале опустился с 3,5 баллов до 2,5), мальчик стал менее тревожным при изменении привычного уклада жизни, появилась возможность переключать внимание ребенка с одного вида деятельности на другой;

- слуховые реакции (показатель по 8-й субшкале опустился с 3-х — умеренно-патологический уровень до 2-х баллов — слабо-патологический уровень) — мальчик перестал резко реагировать на некоторые нейтральные звуки (закрывать уши).

Динамики в состоянии не отмечено по субшкалам:

- 2 (способность к подражанию) и 7 (зрительные реакции) — сохранялась оценка в 2 балла, что соответствует слабо-патологическому уровню;

- по шкале 9 (вкусовые, обонятельные, тактильные реакции) — оценка изначально соответствовала нормальным показателям — 1 баллу — и не изменилась.

Отрицательная динамика заметна по субшкале 5 (предметная деятельность) — с 2,5 до 3-х баллов. Если изучить отдельно профиль показателей по этой субшкале (см. гистограмму 5), то можно заметить, что с декабря 2005 г. наметилась отрицательная динамика в

предметной деятельности: игры становились более однообразными, примитивными, не формировалась коммуникативная игра. Это ухудшение, которое затем так и не компенсировалось, было отчетливо связано с первым эпизодом отказа родителей от применения нейролептических препаратов.

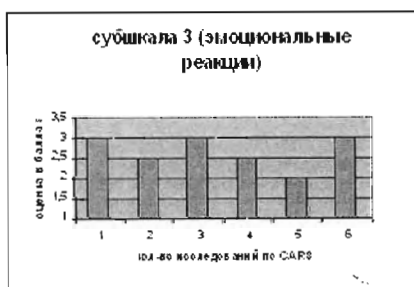
**Гистограмма 5**



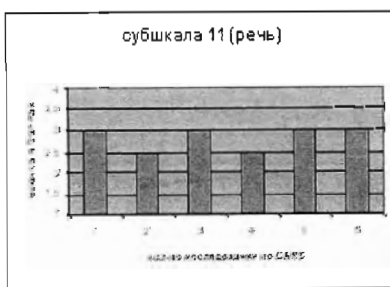
- 1-21.01.2005, 9 лет 6 мес.
- 2-09.09.2005, 10 лет 1 мес.
- 3-05.12.2005, 10 лет 4 мес.
- 4-21.04.2006, 10 лет 8 мес.
- 5-26.09.2006, 11 лет 1 мес.
- 6-01.12.2006, 11 лет 4 мес.

Динамика состояния была волнообразной с возвратом к исходному состоянию на момент последнего обследования, что отмечалось по субшкалам 3 “эмоциональные реакции” и 11 “речь” (см. гистограммы 6 и 7).

**Гистограмма 6**



**Гистограмма 7**



Можно видеть волнообразность динамики, заметны отрицательные изменения в состоянии к декабрю 2005 и декабрю 2006 г., что совпало с отказом от нейролептической терапии.

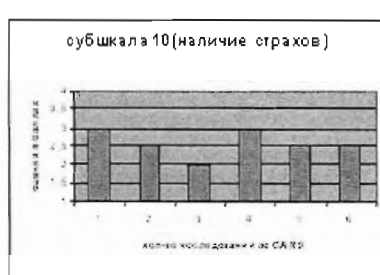


Такая же волнообразность динамики, но с улучшением состояния к моменту последнего обследования, наблюдалась по субшкалам 1 “возможность контакта”, 10 “уровень страхов и тревожности”, 13 “степень активности”, 14 “уровень и структура интеллектуальных достижений” (см. гистограммы 8-11).

**Гистограмма 8**



**Гистограмма 9**



Как показывает гистограмма 8, возможность продуктивного контакта с ребенком снизилась (увеличение показателя по субшкале 1 до 2,5 баллов, что превышает слабо-патологический уровень) к моменту третьего исследования (декабрь 2005 г.), что совпало с отказом от нейролептической терапии.

Повышение уровня тревожности, возврат страхов у ребенка мы наблюдаем по гистограмме 9 к моменту четвертого обследования (апрель 2006 г.), что обусловило рекомендацию — начать индивидуальную психотерапию. После начала психотерапии наметилась и сохранялась положительная динамика.

**Гистограмма 10**



**Гистограмма 11**



При оценке степени активности ребенка по субшкале 13 (см. гистограмму 10) видно, что к сентябрю 2005 г. (пятое обследование) в состоянии удалось добиться некоторой положительной динамики, которая удерживалась, и намечалось дальнейшее улучшение: степень активности ребенка приблизилась к нормальным показателям, но в декабре 2006 г. поведение мальчика ухудшилось, активность стала более хаотичной, нецеленаправленной (что совпало с очередным отказом матери от нейролептической терапии).

При анализе изменений, отмечавшихся в сфере интеллектуальной деятельности (см. гистограмму 11), замечен период, когда неравномерность достижений ребенка углубилась — в декабре 2005 г., но затем состояние стабилизировалось на уровне задержки интеллектуального развития неравномерной структуры.

Некоторая положительная динамика была видна лишь в начале лечения, затем изменений состояния не было — по субшкалам 4 “особенности моторики” и 12 “невербальное взаимодействие”. По показателям состояние ребенка к моменту второго исследования (сентябрь 2005 г.) улучшилось на полбалла (с 2,5 до 2 баллов до слабопатологического уровня) и больше не изменялось.

**Вывод:** анализируя динамику состояния ребенка, можно сделать вывод, что в этом случае произошла нивелировка аутистических расстройств до слабой степени с преобладанием проявлений, диктуемых интеллектуальным дефектом. Волнообразное изменение состояния ребенка связано с приемом и отменой нейролептика, и видно, насколько и в каких сферах жизнедеятельности происходило улучшение в связи с приемом нейролептического препарата. Связь положительной динамики с периодом, когда ребенок получал индивидуальную психотерапию, отмечается по субшкале 10 “уровень страхов и тревожности”.

## **2. Протокол динамического наблюдения по шкале VABS.**

Анализ динамики по Шкале адаптивного поведения Вайнленд (стандартные показатели получены при сравнении с американской нормой).

В целом уровень развития навыков адаптации данного ребенка снижен по сравнению с возрастной нормой (нормативный уровень развития соответствует показателям  $100 \pm 15$  ст. баллов), но отмечается положительная динамика: суммарный показатель увеличился с 50 до 61 ст. балла (см. рис. 5).



**Рис. 5.** Динамика суммарного показателя адаптации ребенка (ст. баллы).

Далее рассмотрим изменения по следующим сферам адаптивного поведения: коммуникация, повседневные житейские навыки, социализация, а также в сфере дезадаптации (см. гистограмму 12). В сфере коммуникации (см. гистограмму 12.1) отмечается выраженная положительная динамика. На момент последнего обследования уровень развития в этой сфере соответствовал возрасту (нижняя граница нормы). Рецептивные навыки были сформированы у ребенка в полном объеме, отчетливая динамика была установлена как в сфере экспрессивных навыков, так и в развитии навыков чтения и письма.

В сфере повседневных житейских навыков (см. гистограмму 12.2) имеется положительная динамика с периодом регресса, который был зафиксирован в начале 2006/07 учебного года. Данная тенденция видна как по сырым баллам (по субшкалам личные навыки и домашние навыки), так и при сравнении стандартных показателей. В развитии общественных навыков наблюдается наиболее выраженная положительная динамика.

В сфере социализации также прослеживается положительная динамика (см. гистограмму 12.3), особенно это касается навыков межличностного взаимодействия и сотрудничества с другими людьми. При этом в сфере навыков игровой деятельности и времяпрепровождения динамика незначительная.

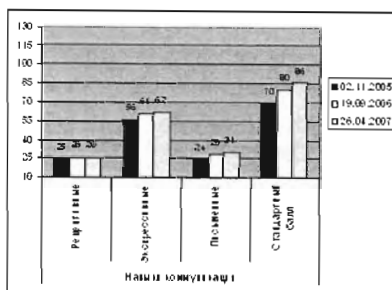
На момент завершающего обследования у ребенка усилились дезадаптивные проявления (см. гистограмму 12.4) по сравнению с предыдущими обследованиями, не выходящие за рамки среднего

уровня дезадаптации. Дезадаптивных проявлений в Части 2 шкалы также стало больше.

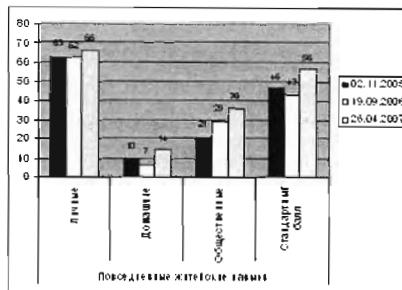
В сфере моторных навыков снижения уровня адаптации у ребенка не было.

**Гистограмма 12. Динамика по стандартным и сырым баллам в сферах адаптивного поведения и дезадаптивных проявлений**

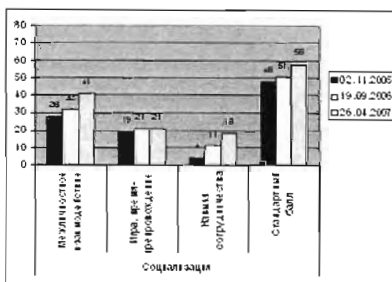
**Гистограмма 12.1**



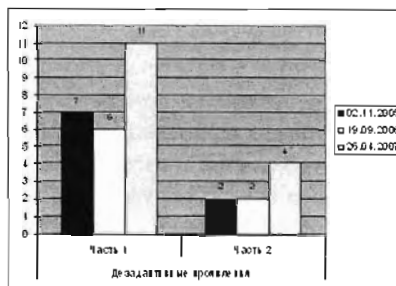
**Гистограмма 12.2**



**Гистограмма 12.3**



**Гистограмма 12.4**



**Вывод.** Таким образом, во всех сферах адаптивного поведения у ребенка есть положительная динамика, наиболее отчетливо — в сфере коммуникации. Что касается повседневной жизни и социализации, в этих сферах мальчик приобрел много новых навыков: научился вести себя в общественных местах, стал лучше вступать в контакт и сотрудничать с другими людьми, однако, по сравнению с требованиями возраста, объема полученных навыков явно недостаточно. Дезадаптивные проявления не выходят за рамки среднего уровня.

## **V. Перспективы использования шкальных методов диагностики для стандартного скрининга детского населения для раннего выявления детей, имеющих расстройства аутистического спектра, и расширения возможности ранней помощи**

В настоящее время в российском здравоохранении все большее внимание отводится именно скрининговым обследованиям населения (в том числе — детского) в рамках программ целевой диспансеризации. Скрининговые программы, охватывающие пока, преимущественно, соматическую патологию, уже дали положительные результаты. Проведенная в Москве в 2002-2004 гг. программа “Целевая диспансеризация населения г. Москвы” позволила снизить число детей с хроническими соматическими заболеваниями с 9,2% до 8,5% за счет своевременного начатого лечения и реабилитации. В 2007 г. закончился очередной этап данной профилактической программы (Симашкова, 2006), но скрининговые программы, направленные на раннее определение расстройств спектра аутизма, являющихся тяжелыми и инвалидизирующими, не применялись в структуре обязательного обследования детей.

По результатам Всероссийской диспансеризации 2003 г., среди причин инвалидизации детей на первом месте стоят психические расстройства — 21,8%, и детский аутизм занимает в структуре этих расстройств не последнее место.

Известно, что существует корреляция между возрастом начала терапии и тяжестью когнитивной недостаточности и поведенческих нарушений пациента во взрослом возрасте (Никольская, Баенская, Либлинг, 2000). Иными словами, чем раньше выявляются расстройства спектра аутизма и чем раньше начата лечебно-коррекционная работа с детьми, имеющими такие расстройства, тем лучше клинико-социальный прогноз, больше вероятности, что дети с аутизмом смогут адаптироваться в обществе.

Раннее выявление нарушений развития у детей детскими неврологами, педиатрами, коррекционными педагогами, логопедами и родителями должно опираться на широкое использование скрининговых программ.

Анализируя опыт использования стандартизированной шкалы CARS, можно сказать, что эта методика подходит для скрининговых программ в России, так как обладает достаточными диагностическими возможностями в сочетании с простотой и быстротой в исполнении. Эта стандартизированная шкала приспособлена к применению на

уровне первичного звена системы образования и здравоохранения — педагогами и психологами детских садов и школ, педиатрами районных поликлиник.

### Литература

1. *Башина В.М.* Аутизм в детстве. – М.: Медицина, 1999.
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. *Бурлачук Л.Ф.* Психодиагностика. — СПб.: Питер, 2002.
4. *Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М.* Аутичный ребёнок. Пути помощи. — М.: Теревинф., 2000.
5. *Марценковский И.А., Бикшаева 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. № 3.
6. *Сайфутдинова Л.Р.* Использование шкалы Вайнленд при диагностике больных аутизмом и синдромом Аспергера (по материалам зарубежной печати) // Аутизм и нарушения развития. 2003. № 2. С. 51-57.
7. *Сайфутдинова Л.Р., Сударикова М.А.* Оценка уровня развития адаптации ребенка с помощью Шкалы Вайнленд // Школа здоровья. 2004. № 1. С. 48-56.
8. *Симашкова Н.В.* Атипичный аутизм в детском возрасте: Автореф. Дисс. ... докт. мед. наук. — М., 2006.
9. О реализации программы “Целевая диспансеризация населения г. Москвы на 2002-2004 г.г.” и о программе “Целевая диспансеризация населения Москвы на 2005-2007 г.г.” Постановление Правительства Москвы от 19.04.2005 г. № 231-ПП.
10. *Anderson L.T. et al.* The effects of haloperidol on discrimination learning and behavioral symptoms in autistic children // J. Autism Dev. Disord. 19, 227-239 (1989).
11. *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 39, 694-702 (2000).
12. *Busko M.* // New Engl. // Journal Med., Jan., 9, 2008.
13. *Chakrabarti S. & Fombonne E.* Pervasive developmental disorders in preschool children // JAMA 285, 3093-3099 (2001).
14. *Chess S.* Autism in children with congenital rubella // J Autism Child Schizophr. 1, 33-47 (1971).
15. *Christianson A.L., Chesler N. & Kromberg J.G.* Fetal valproate syndrome: clinical and neuro-developmental features in two sibling pairs. Dev. Med. Child Neurol. 36, 361-369 (1994).

16. *Davis E. et al.* Autism and developmental abnormalities in children with perinatal cocaine exposure // *J. Natl. Med. Assoc.* 84,1992, p. 315-319.

17. *Ehlers S., Gillberg C., Wing L.* A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children // *J. Autism and Dev. Dis.*, 1999, 29(2): pp. 129-141.

18. *Fombonne, E.* The epidemiology of autism: a review. *Psychol. Med.* 29, 769-786 (1999).

19. *Fombonne E.* The prevalence of autism // *JAMA* – 2003, 289: 87-9.

20. *Gillberg C. & Steffenburg S.* Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 17, 272-288. (1987).

21. *Harris S.R., MacKay L.L. & Osborn J.A.* Autistic behaviors in offspring of mothers abusing alcohol and other drugs: a series of case reports // *Alcohol Clin. Exp. Res.* 19, 660-665 (1995).

22. *Heussler H. et al.* Prevalence of autism in early 1970s may have been underestimated. *BMJ* 323, 633 (2001).

23. *Howlin P.* Practitioner review: psychological and educational treatments for autism // *J. Child Psychol. Psychiatry* 39, 307-322 (1998).

24. *Lainhart J.E. & Folstein S.E.* Affective disorders in people with autism: a review of published cases // *J. Autism Dev. Disord.* 24, 587-601 (1994).

25. *Lewendon G., Kinra S., Nelder R. & Cronin T.* Should children with developmental and behavioural problems be routinely screened for lead? // *Arch. Dis. Child* 85, 286-288, (2001).

26. *Lord C., Rutter M. & Le Couteur A.* Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders // *J. Autism Dev. Disord.* 24, 659-685 (1994).

27. *Markowitz P.I.* Autism in a child with congenital cytomegalovirus infection // *J. Autism Dev. Disord.* 13, 249-253 (1983).

28. *May M.* Disturbing behavior: neurotoxic effects in children // *Environ Health Perspect.* 108, A262-A267 (2000).

29. *McCarthy D.M. & Coleman M.* Response of intestinal mucosa to gluten challenge in autistic subjects. *Lancet* 2, 877-878 (1979).

30. *McDougle C.J. et al.* A double-blind, placebo-controlled study of fluvoxamine in adults with autistic disorder // *Arch. Gen. Psychiatry* 53, 1001-1008 (1996).

31. *Moore S.J. et al.* A clinical study of 57 children with fetal anticonvulsant syndromes // *J. Méd. Genet.* 37, 489-497 (2000).

32. *Naruse H. et al.* A multi-center double-blind trial of pimozide (Orap), haloperidol and placebo in children with behavioral disorders, using crossover design // *Acta aedopsychiatr.* 48, 173-184 (1982).

33. New York State Department of Health, Early Intervention Program. Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations Autism/Pervasive

Developmental Disorders, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 years). New York, New York State Department of Health (1999).

34. *Rapin I. & Katzman R.* Neurobiology of autism // *Ann. Neurol.* 43, 7-14 (1998).

35. *Ring H. et al.* Cerebral correlates of preserved cognitive skills in autism: a functional MRI study of embedded figures task performance // *Brain* 122(7), 1305-1315 (1999).

36. *Rumsey J.M., Rapoport J.L. & Sceery W.R.* Autistic children as adults: psychiatric, social, and behavioral outcomes // *J. Am. Acad. Child Psychiatry* 24, 465-473 (1985).

37. *Rutter M.* Autistic children: infancy to adulthood // *Seminars in Psychiatry* 2(4), 435-450 (1970).

38. *Sara S. Sparrow, David A. Balla, and Domenic V. Cicchetti Vineland.* Adaptive Behavior Scales, Interview Edition, Survey Form Manual, American Guidance Service, Circle Pines, Minnesota, 1984.

39. *Schopler E., Reichler R., DeVellis R. & Daly K.* Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) // *Journal of Autism and Developmental Disorders* 10, 91-103 (1980).

40. *Skuse D.H., Mandy WPL.* Measuring autistic traits: heritability, reliability and validity of the S.C.D.C. Br. // *J. Psych.* 2005, vol. 187, pp. 568-572.

41. *Stromland K., Nordin V., Miller M., Akerstrom B. & Gillberg C.* Autism in thalidomide embryopathy: a population study // *Dev. Med. Child Neurol.* 36, 351-356 (1994).

42. *Szatmari P., Boyle M. & Offord D.R.* ADHD and conduct disorder: degree of diagnostic overlap and differences among correlates // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 28, 865-872 (1989).

43. *Tomatis A.* The ear and language. – Moulin Publishing. – Norval, Ontario, Canada. – 1996. – 208 p.

44. *Van Bourgoudien M.E., Marcus L.M., Schopler E.* Comparison of DSM-III-R and Childhood Autism Rating Scale diagnoses of autism // *J. Autism and Dev. Dis.*, 1992, 22 (4): 493-506.

45. *Volkmar F.R. & Nelson D.S.* Seizure disorders in autism // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 29, 127-129 (1990).

46. *Wakefield A.J. et al.* Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children // *Lancet* 351, 637-641 (1998).

47. *Wakefield A.J. et al.* Enterocolitis in children with developmental disorders // *Am. j. Gastroenterol.* 95, 2285-2295 (2000).

48. *Wecker L., Miller S.B., Cochran S.R., Dugger D.L. & Johnson W.D.* Trace element concentrations in hair from autistic children // *J. Ment. Defic. Res.* 29 (Pt I), 15-22 (1985).



49. *Whitely P., Rogers J. Savery D. & Shattock P.* A gluten free diet as an intervention for autism and associated spectrum disorders // *Autism* 3, 45-65 (1999).

50. *Wing L. & Gould J.* Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children:epidemiology and classification // *Journal of Autism and Developmental Disorders* 9, 11-29 (1979).

51. *Wing L.* Sex ratios in early childhood autism and related conditions // *Psychiatry Research* 5, 129-137 (1981).

52. *Wing L.* The epidemiology of autistic spectrum disorders; Is the prevalence rising? // *Men. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.* in press (2001).

53. *Wing L.* *The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders* 3rd Ed. Bromley, Centre for Social and Communication Disorders / Elliot House (1993).