



**УПОЛНОМОЧЕННЫЙ  
ПО ПРАВАМ РЕБЕНКА  
В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ**



**ФГБОУ ВО «ККУБАНСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

# **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ  
ДЛЯ ВРАЧЕЙ ПСИХИАТРОВ  
И СПЕЦИАЛИСТОВ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ**



**КРАСНОДАР, 2017**

УДК 616.896 (075.9)

ББК 56.14

**Составители:**

**Бойко Е.О.** — д.м.н., зав. кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, главный внештатный специалист психиатр министерства здравоохранения Краснодарского края

**Ложникова Л.Е.** — к.м.н., доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

**Васянина Ю.Ш.** — главный внештатный детский специалист психиатр министерства здравоохранения Краснодарского края, заведующий отделом детской психиатрии диспансерного отделения ГБУЗ «СКПБ № 1»

**Бойчевская Ю.О.** — врач психиатр, психотерапевт отдела детской психиатрии диспансерного отделения ГБУЗ «СКПБ № 1»

**Мальфина И.Ю.** — врач психиатр, психотерапевт отдела детской психиатрии диспансерного отделения ГБУЗ «СКПБ № 1»

**Рецензенты:**

**Шашель В.А.** — д.м.н., профессор, зав. кафедрой педиатрии №1 ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

**Агеев М.И.** — к.м.н., доцент кафедры психиатрии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

**Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Васянина Ю.Ш., Бойчевская Ю.О., Мальфина И.Ю.** Актуальные вопросы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра: учебно — методическое пособие. — Краснодар, 2017. — 30 с.

Настоящее учебно-методическое пособие посвящено актуальным вопросам диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра, является одним из обязательных в системе подготовки врачей, изучающих психофизиологические особенности и закономерности психического развития в процессе жизнедеятельности, соответствует стандартам первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) утвержденных Министерством здравоохранения РФ от 02.02.2015г., приказы: №31н, №32н.

Учебно-методическое пособие предназначено для специалистов помогающих профессий (врачей-педиатров, неврологов, психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, логопедов, педагогов, тьюторов, социальных работников), может быть использовано при обучении студентов медицинских вузов, интернов, ординаторов.

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России  
протокол № 7 от 13 марта 2017г.

***Уважаемые специалисты!***

В последние годы проблемы социализации и интеграции детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) стали объектом пристального внимания со стороны государства и общества.

Несомненно, специфика данного заболевания требует особых подходов в организации помощи детям с РАС, основанных на межведомственном взаимодействии, принципах комплексности, непрерывности и преемственности. Раннее выявление, диагностика заболевания – это первый и необходимый шаг для своевременного начала комплексной лечебно-коррекционной помощи.

Отрадно отметить, что в настоящее время в Краснодарском крае организация помощи таким детям выходит на новый качественный уровень: получает свое развитие система комплексного сопровождения лиц с РАС. В связи с этим особую актуальность приобретает методическое сопровождение и подготовка специалистов, работающих в данном направлении.

Надеюсь, что предлагаемое учебно-методическое пособие, разработанное специалистами психиатрической службы Краснодарского края, станет существенным подспорьем для врачей-практиков, студентов медицинских вузов, а также родителей, воспитывающих детей с РАС.

***Уполномоченный по правам  
ребенка в Краснодарском крае***

***Т. Ф. Ковалева***

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Целью учебно-методического пособия является повышение качества оказания профильной помощи больным с расстройствами аутистического спектра с использованием единого профилактически-терапевтического подхода в абилитации и реабилитации, разработка медико — социального маршрута и повышение уровня адаптации детей с расстройствами аутистического спектра в обществе.

Умение решать задачи, которые ставит клиника (в широком смысле клиникой называют область медицины, занимающуюся диагностикой, лечением и профилактикой заболеваний), не обеспечивается исключительно объемом формальных знаний, расширение и углубление которых — повседневная задача любого настоящего профессионала. Необходим надежный, теоретически обоснованный и наработанный на практике логический аппарат, обслуживающий диагностический процесс, который в медицине называется «клиническим мышлением».

Содержание учебно-методического пособия отражает уровневый подход и прежде всего — это принцип клинической диагностики, общий для врача любой специальности. Следующий уровень — собственно психиатрический, определяемый спецификой душевной патологии, ее природой, патогенезом, формами проявления. Третий уровень касается возрастных особенностей психодиагностики.

Данное пособие содержит материал, отражающий современные клинко-диагностические представления о расстройствах аутистического спектра. В пособии отражены вопросы эпидемиологии расстройств аутистического спектра, этиологии, патогенеза, классификации, представлены диагностические критерии по МКБ-10, клинические проявления, система комплексного сопровождения лиц с расстройствами аутистического спектра, вопросы терапии и реабилитации. В пособии приведены: перечень вопросов для самоконтроля, тестовые задания, клинические ситуационные задачи.

Сведения изложены в простой, доступной форме.

Подготовлено для специалистов помогающих профессий (врачей — педиатров, неврологов, психиатров, психотерапевтов, медицинских психологов, логопедов, педагогов, тьюторов, социальных работников), может быть использовано при обучении студентов медицинских вузов, интернов, ординаторов.

## ВВЕДЕНИЕ

Расстройства аутистического спектра (РАС) — это комплексные нарушения психического развития, которые характеризуются социальной дезадаптацией и неспособностью к социальному взаимодействию, общению и стереотипностью поведения (многократные повторения однообразных действий). В связи с ростом распространенности аутистических расстройств во всем мире, трудностями их диагностики, недостаточным уровнем знаний в этой области психиатрии возникает необходимость изучения проблемы расстройств аутистического спектра специалистами разных направлений. Недооценка клинических подходов к исследованиям РАС отражается не только на качестве оказания лечебно — диагностической помощи детям с нарушениями психического развития, но и сказывается на эффективности реабилитационных программ и профилактических стратегий. Привлечение к изучению данной патологии не только психиатров, но и врачей других специальностей, а также педиатров, неврологов, психологов, педагогов, реабилитологов продиктовано прежде всего гетерогенностью РАС, выявлением этой патологии при нозологически разных заболеваниях и, соответственно, необходимостью решения вопросов дифференциальной диагностики, уточнения этиологии, патогенеза, что позволяет разрабатывать новые подходы к терапии.

Программы поддержки людей с РАС должны опираться на принцип преемственности на всех этапах жизни, начиная с раннего детства. Увеличение числа детей с аутизмом обуславливает необходимость оказания им адекватной и своевременной коррекционной помощи. Детский аутизм — это асинхронное и искаженное развитие, при котором отдельные стороны психики развиваются своевременно, другие с опережением, а третьи — с грубой задержкой, причем последовательность их развития не совпадает ни с нормальным ни с задержанным развитием. У аутичных детей отмечается диспропорция интеллектуального и эмоционального развития, сочетание достижений в одних областях с недоразвитием в других. Аутичный ребенок постоянно нуждается в поддержке и стимуляции для более успешного развития и социальной адаптации. Этого можно добиться, если семья аутичного ребенка встречает понимание своих нужд и потребностей со стороны общества и различных общественных институтов. Чтобы обеспечить такое понимание со стороны общества, важно его просвещение и повышение компетентности в области обучения и социального развития аутичных детей.

## 1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

*Расстройства аутистического спектра* — это общие расстройства психического развития, чаще манифестирующие в возрасте до 3 — 5 лет, и, прежде всего, характеризующиеся качественным нарушением потребности в социальном взаимодействии во всех сферах коммуникаций (эмоциональной, речевой, поведенческой), с замкнутой внутренней жизнью, с отсутствием потребности в общении, активным отстранением от внешнего мира, бедностью выражения эмоций, расстройством качества, целенаправленности, разнообразия деятельности и поведения, а также расстройством адаптации ребёнка в собственной семье, усиливающимся в обществе.

### 1.1 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

По данным, Всемирной организации здравоохранения распространённость РАС составляет около 1% детской популяции и встречается у одного из 160 детей. Эти данные являются усредненными и значительно варьируют между исследованиями (Информационный бюллетень ВОЗ, февраль 2016 г.).

На 01.01.2017 г. в Краснодарском крае зарегистрировано 1282 человека с расстройствами аутистического спектра, из них 1193 ребенка в возрасте до 15 лет включительно (2016 г. — 1213; 2015 г. — 1092; 2014 г. — 836, 2013 г. — 751), что составляет 126,1 на 100 тыс. детского населения. При этом, в гендерном аспекте отмечается значительно преобладание мужского пола (соотношение девочек и мальчиков составляет 1:4). Большинство пациентов с РАС (около 87%) в связи с выраженной социальной дезадаптацией имеют статус «ребенок-инвалид», при этом 39,3% составляют дети со снижением интеллекта.

### 1.2 ЭТИОЛОГИЯ

На сегодняшний день общепризнанной концепции этиологии РАС в мире не существует. Имеют место различные гипотезы этиологии РАС, как социальные, психологические, так и биологические и даже экологические. Следует иметь в виду, что существующие гипотезы не исключают друга друга и скорее описывают нарушения в разных системах. Причиной возникновения расстройств аутистического спектра чаще всего является одновременное воздействие различных этиологических факторов. Генетические гипотезы развития РАС являются наиболее обоснованными. В настоящее время установлено, что взаимодействие и мутации более 100 генов увеличивают риск развития аутизма.

Основные генетические синдромы, ассоциированные с РАС представлены в таблице 1.

Таблица 1

**ОСНОВНЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ,  
АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАС**

| Синдром   | Ген (ы), ассоциированные с этим синдромом | Доля пациентов с генетическим синдромом, имеющих РАС | Доля пациентов с РАС, имеющих генетический синдром |
|---|---|--|--|
| Дупликация 15q — синдром Ангельмана                       | UBE3A (и другие)                          | >40%   | 1–2%   |
| Делеция 16p11   | Неизвестно                                | Высокая  | ~1%  |
| Делеция 22q   | SHANK3                                    | Высокая  | ~1%  |
| Фокальная кортикальная дисплазия — эпилептический синдром | CNTNAP2                                   | ~70%   | Малая  |
| Синдром хрупкой X-хромосомы                               | FMR1                                      | 25% среди лиц мужского пола; 6% — среди женского     | 1–2%   |
| Синдром Жубера  | Ряд локусов                               | 25%  | Малая  |
| Синдром Потоцки–Лупски                                    | Хромосомная позиция 17p11                 | ~90%   | Неизвестна   |
| Синдром Смита-Лемли-Опитца                                | DHCR7                                     | 50%  | Малая  |
| Синдром Ретта   | MECP2                                     | Все лица с синдромом Ретта                           | ~0.5%  |
| Синдром Тимоти  | CACNA1C                                   | 60–80%   | Неизвестна   |
| Туберозный склероз  | TSC1 и TSC2                               | 20%  | ~1%  |

Не подлежит сомнению также влияние совокупности эпигенетических факторов (системные аутоиммунные заболевания, соматические заболевания; токсические воздействия) и комплекса перинатальных факторов (органическое поражение ЦНС, врождённые дефекты /нарушение созревания головного мозга; структурные нарушения в синапсах и клетках микроглии; кровотечения, иммунохимические нарушения у матери во время беременности, несовместимость по резус — фактору).

Имеющиеся эпидемиологические данные однозначно указывают на отсутствие причинной связи между РАС и вакцинацией от кори, паротита и краснухи. Точно также не существует и фактов о том, что какая-либо детская вакцина может повысить риск развития РАС, напротив, обзоры фактических данных убедительно указывают на отсутствие связи риска развития РАС с наличием консервантов тиомерсала и адъювантов алюминия в инактивированных вакцинах (Информационный бюллетень ВОЗ, февраль 2016 г.).

### 1.3 КЛАССИФИКАЦИЯ

К расстройствам аутистического спектра относятся: детский аутизм, атипичный аутизм, синдром Аспергера, органический аутизм и аутистическое расстройство. Все эти термины описывают разные проявления одного и того же нарушения. Аутизм часто сочетается с другими нарушениями. Значительная часть людей с РАС (от 25 до 50%) имеют сопутствующую умственную отсталость, часто у них имеются расстройства моторики и координации, проблемы с желудочно-кишечным трактом, нарушения сна.

В международной классификации болезней 10-го пересмотра, адаптированной для практики в Российской Федерации РАС введены в рубрику F84 «Общие расстройства психологического развития»:

#### **F84.0 Детский аутизм**

- аутистическое расстройство
- инфантильный аутизм
- инфантильный 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**

- дезинтегративный психоз
- 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**

## 1.4 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПО МКБ-10

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 альтерна-



тивной 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 в раннем возрасте, игр социального содержания.

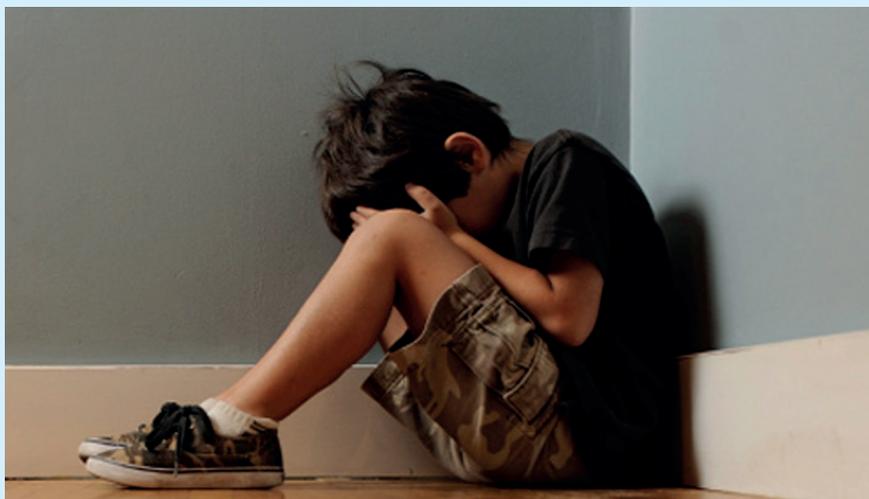
3. Ограниченные и повторяющиеся стереотипные шаблоны в поведении, интересах, деятельности:

- 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.

4. Неспецифические проблемы — страхи, фобии, возбуждение, нарушения сна и привычек приема пищи, приступы ярости, агрессия, самоповреждения.

5. Манифестация симптомов до трехлетнего возраста.

При диагностике аутистических расстройств (синдрома Каннера, детского психоза, атипичного детского психоза, синдрома Аспергера, синдрома Ретта, умственной отсталости с чертами аутизма и др.) должны при-



существовать перечисленные общие критерии расстройств психического развития и в то же время, каждая из выделенных подрубрик имеет свои особенности.

### 1.5 КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

В отличие от взрослых, полные, чётко клинические очерченные, развёрнутые случаи расстройств аутистического спектра в детском возрасте встречаются не часто. В целях выявления у детей риска развития РАС на ранних онтогенетических этапах (до 2 — 3 лет) родителям и близким родственникам очень важно внимательно наблюдать за своим ребёнком, фиксируя любые заметные изменения в его поведении и состоянии, и своевременно обращаться за помощью к специалистам (логопедам, педагогам, тьюторам, психологам, врачам — педиатрам, неврологам, психиатрам, психотерапевтам) для организации максимально раннего вмешательства, обеспечения профильной помощи, разработки дальнейшего медико — социального маршрута и повышения уровня адаптации в обществе.

Степень выраженности аутистической симптоматики значительно варьирует в зависимости от возраста, уровня интеллекта и состояния ребёнка: от единичных признаков и отдельных проявлений (аутистических симптомов или включений), группы характерных признаков (синдром аутизма) до выраженных общих расстройств развития (аутизм либо атипичный аутизм как основной диагноз — примерно в 25% случаев).

В клинической картине РАС отмечается определенная возрастная динамика. Так, младенческому возрасту присущи такие проявления как:

- искажение реакции «комплекса оживления», не готовность к общению со взрослыми, меньшее внимание социальным стимулам, младенцы реже улыбаются и смотрят на других людей, не подражают жестам, мимике, звукам животных;
- искажение реакции на дискомфорт, чрезмерно бурные реакции испуга и плача в ответ на слабые звуковые раздражители и незначительные изменения окружающей среды, при этом слабые реакции на сильные раздражители (гипер/гипоэстезия);
- ослабление реакции на позу кормления, отсутствие удовольствия после кормления и позы готовности при взятии на руки с гипомимией;
- отсутствие или краткость зрительного контакта с близкими, взгляд «в никуда», «сквозь собеседника»;
- игнорирование или избирательный отклик при обращении на свое имя при хорошем слухе; индифферентное отношение к матери или аффективный симбиоз с ней;
- позднее возникновение гуления, лепета, отсутствие артикуляционных фонем, отсутствие интонации вокализмов.

В возрасте 1–3 лет часто отмечаются:

- симбиотическая привязанность к ухаживающему лицу;
- избегание зрительного контакта; фокусировка не на глаза, а на область рта собеседника, взгляд «в бок», «в никуда», «сквозь собеседника»;
- «за замороженность» созерцанием за движениями ярких предметов, бликов света;
- отсутствие позы готовности при взятии на руки с гипомимией;
- отсутствие реакции или негативная реакция на попытки общения со стороны близких;
- повышенный интерес к бытовым и неигровым предметам;
- выражение желаний с помощью манипуляций рукой другого человека, часто с необычной жестикуляцией;
- сочетание чрезмерных и недостаточных реакций на значимые раздражители;
- позднее формирование социальных навыков, навыков самообслуживания;
- склонность к рифмованию, «игре» сложными словами, словотворчеству.

Для детей в возрасте от 3 до 5 лет характерны:

- трудности распознавания лиц и эмоций окружающих;
- неспособность к пониманию социальной обстановки, эмоций;
- отсутствие имитации поведения родителей и сверстников;
- нежелание участвовать в невербальном общении;
- невозможность действовать по очереди с другими людьми;
- снижение словарного запаса, повторы слов в речи (эхолалии), использование глаголов в неопределенной форме, задержка формирования личных местоимений, «телеграфная речь», трудности связной речи;
- стереотипная манипулятивная игра неигровыми предметами;
- трудности в играх, требующих воображения;
- ограниченные и повторяющиеся действия и интересы;
- агрессия и аутоагрессия.

В возрасте 5–10 лет:

- сохраняется отгороженность и повторяющиеся действия и ритуалы (стереотипии);
- нарастает гиперактивность с дефицитом внимания;
- часто отмечаются когнитивные нарушения различной степени выраженности;
- могут встречаться необычные способности, узкие обособленные навыки (например: увлеченность символическими знаками, флагами, картами, календарями, энциклопедиями; «игра» цифрами, раннее предпочтение иностранных языков родному);

- отмечается нежелание и неумение изменять свое поведение в соответствии с изменившейся обстановкой.  
Для подростков наиболее характерны:
- изоляция или нарушение социальных связей в семье и социуме, отсутствие друзей, отсутствие стремления разделить свой опыт, не адаптивность социального поведения;
- часто тревожные расстройства и депрессии, особенно при нормативном интеллекте;
- протестное поведение, агрессия и аутоагрессия;
- примерно у четверти пациентов манифестируют эпилептические приступы.

В целом, для аутистического спектра расстройств характерны следующие проявления:

**1. Качественные нарушения эмоций и социального взаимодействия ребёнка:**

- отсутствие интереса и потребности к общению с близкими в рамках семьи: отсутствие оживления и радости от общения, отстранённый взгляд «мимо», не понимание значения родительской улыбки либо недовольного выражения лица, не понимание юмора, отгороженность, периоды «погруженности в себя»;
- двойственное и избирательное отношение к любви и привязанности родственников: от навязчивой «прилипчивости» до полного неприятия ласки и прикосновений;



- отсутствие реакции или яркая негативная реакция на эмоции других людей; отсутствие изменений в поведении, в соответствии с конкретной ситуацией;
- страхи (собак, громких звуков, двигающихся механизмов: пылесоса, кофемолки, дрели и т.п.), в сочетании с бесстрашием (спрыгнуть с крыльца, высоко залезть на дерево, выбежать на дорогу и т.п.);
- страх и длительное привыкание ко всему новому, часто с отвержением его; непереносимость большого скопления людей вокруг (поход к врачу, в детский сад, школу, кинотеатр, торговый центр);
- нарушения в ролевых и социально-имитационных играх: отсутствие либо непродолжительные сюжетно — ролевые игры, с явным предпочтением подвижных игр (качаться на качелях, прыгать, приплясывать под музыку; бегать рядом с детьми, но не вместе с ними); отсутствие интереса к игрушкам, раскладывание их в ряд, либо «башенкой» друг на друга; явное предпочтение однотипных «игр» с водой, песком, с музыкальными игрушками; часто повторяющиеся действия с неигровыми предметами (камни, палки, бумага, верёвочки, нитки, пузырьки, посуда, предметы быта, инструменты и т.п.);
- необычные и своеобразные интересы и увлечения: стойкая увлечённость флагами стран, гербами городов, футбольных команд, отдельными видами животных или насекомых (динозаврами, пауками и т. п.);



просмотр одних и тех же мультфильмов, книг, журналов; склонность к играм с символами, цифрами, выдумывание различных «схем», «карт», «маршрутов движения» и т.п. — с явным предпочтением этих занятий — вместо общения со сверстниками.

## **2. Речевые нарушения:**

а) «количественные»:

- задержка темпов речевого развития в целом;
- трудности накапливания слов в словаре ребёнка;
- потеря ранее произносимых слов;

б) «качественные»:

- недостаточное использование речи для общения;
- неиспользование тональностей и выразительности голоса, частое применение привычных жестов вместо общения;
- недостаточная гибкость речевого выражения, «штампы» в речи;
- повторы слов в речи («эхолалии»);
- «игра словами» — повторение отдельных звуков, слогов, выдумывание «новых» слов, не связанных с обозначаемым предметом.

## **3. Стереотипное поведение с дефицитом творчества и спонтанности:**

- тенденция устанавливать жесткий, раз и навсегда заведенный распорядок во многих аспектах повседневной жизни;
- особый порядок в выполнении ритуалов нефункционального характера (скрежетание зубами, причмокивание, навязчивое рассматривание собственных рук, потряхивание и вычурные движения пальцев рук, повторяющееся перешагивание порогов, «гримасничание» перед зеркалом и т.п.);
- общая двигательная расторможенность, усиливающаяся при утомлении или недовольстве ребенка;
- часто повторяющиеся однотипные движения, усиливающиеся при волнении и страхе (подпрыгивание, раскачивание (яктация), бег по кругу («манежный бег»), бег «туда — сюда» и т.п.);
- особый интерес к нефункциональным элементам предметов (например, запах, оттенки цвета или осязательные качества поверхности);
- немотивированные вспышки гнева и агрессивности, действия «назло», часто самоповреждения (кусают, царапают, бьют себя по голове, вырывают волосы и т.п.)

## **4. Задержка психического развития или неравномерность развития когнитивных функций (внимания, памяти и интеллекта) ребёнка:**

- дефицит активного внимания ребёнка с неспособностью сосредоточиться и неусидчивостью;
- задержка формирования навыков самообслуживания и опрятности;
- исчезновение ранее приобретённых навыков и умений;

- отсутствие или затруднения целенаправленной деятельности;
  - отсутствие или узкая направленность познавательных интересов.
- 5. Часто встречаемые неспецифические соматические симптомы:**
- заметные отклонения в пищевом поведении: крайняя избирательность в выборе блюд, интерес и фиксация на нефункциональных признаках пищи (цвет, запах, консистенция и структура пищи), особые сверхценные ритуалы приёма пищи или отказ от еды; непереносимость отдельных продуктов; диспептические нарушения (срыгивания, тошнота, рвота, вздутие живота, поносы либо запоры);
  - нарушения сна (трудности засыпания, беспокойный сон с частыми пробуждениями);
  - склонность к аллергическим реакциям с самого раннего возраста;
  - нарушение тонуса мышц, координации, мелкой моторики и плавности походки;
  - особенности сенсорных функций: слуховых (вздрагивание при громких звуках, улавливание плохо различимых звуков), зрительных (при преобладании периферийного зрения — непереносимость дневного света, пытаются спрятаться и уйти в полумрак или в тень, при центральном зрении — видят цвета очень яркими, жгучими, опасными), вкусовых (снижение или повышение чувствительности вкусовых рецепторов), обонятельных (повышенная чувствительность к запахам), проприоцептивных (повышенная чувствительность к вибрации);
  - у 10–30% детей с РАС регистрируются эпилептиформные разряды на ЭЭГ или развивается эпилепсия.

## 1.6 ДИАГНОСТИКА

Диагностика расстройств аутистического спектра включает три этапа.

**Первый этап** — скрининг. Поскольку скрининг не используется для выставления диагноза, его могут осуществлять в целях раннего выявления у детей риска развития РАС родители и специалисты (врачи — педиатры, неврологи, педагоги, медицинские психологи). Скрининговые тесты:

- M-CHAT-R (The Modified Checklist for Autism in Toddlers; Robins, Fein, & Barton) — модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста, применяется с 16 до 30 месяцев;
- Оценочная шкала раннего детского аутизма;
- Рейтинговая шкала аутизма у детей C.A.R.S. (Childhood Autism Rating Scale) Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K применяется для детей в возрасте 2–4 лет и базируется на клинических наблюдениях за поведением ребёнка;
- SCQ — Социально — коммуникативный опросник (для детей от 4 до 5 лет);

- Скрининговый тест ASSQ предназначен для предварительного выявления аутичных черт у детей в возрасте 6–16 лет.

**Второй этап** — диагностика и дифференциальная диагностика аутизма проводится врачом— психиатром (МКБ-10, F84.0-F84.8).

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

## 1.7 СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

В соответствии с принятой Концепцией развития системы комплексного сопровождения лиц с расстройствами аутистического спектра в Краснодарском крае, сопровождение лиц с аутизмом должно осуществляться, начиная с раннего возраста и носить комплексный — медико-социальный и психолого-педагогический характер при ведущей роли психолого-педагогических методов.

*Психолого-педагогический аспект* сопровождения включает смягчение основных трудностей детей с аутизмом (развитие потребности в коммуникации, овладение формами и средствами коммуникации и социального взаимодействия, включая речь; смягчение сенсорного и эмоционального дискомфорта, тревоги, страхов; преодоление проблем нежелательного поведения), формирование важных аспектов «жизненной



компетенции» (самостоятельность, самообслуживание, бытовые навыки, формирование целенаправленного поведения), выбор адекватной формы и сопровождение школьного обучения; а также профориентационную и начальную профессиональную подготовку.

Одними из эффективных методов психологической коррекции аутистических расстройств в настоящее время признаны прикладной поведенческий анализ АВА (Applied Behavior Analysis, В. Skinner), структурированное обучение TEACCH с опорой на интеграцию ребенка с аутизмом (Schopler E.), программа P.L.A.Y. Project, обучение спонтанной коммуникации (Linda R. Watson, Zord, Schaffer, Schopler), FC— метод (облегченное общение) (Rosemary Crossley), программа «Научи меня говорить» (Freeman, Dake).

Выбор образовательного маршрута, формы обучения и методов психолого-педагогического воздействия лицам с РАС осуществляется с учетом индивидуальных особенностей ребенка, его семьи и может включать в себя обучение в общеобразовательных или специальных (коррекционных) учреждениях, в том числе для детей с нарушениями речи, с задержкой психического развития и умственной отсталостью. Перспективными направлениями в образовании детей с РАС являются инклюзивное обучение и интеграционное обучение в условиях ресурсного класса.

Взаимодействие специалистов помогающих профессий с семьей обучающегося с аутизмом — одно из главных условий эффективности коррекционно-образовательного процесса. Работа с семьей подразумевает



различные формы психологической помощи родителям, разъяснение истинных проблем ребёнка, обучение приемам и методам работы с ребёнком в условиях семьи, способствующим повышению его социальной адаптации.

Одна из основных задач *медицинского аспекта сопровождения детей с РАС* — создание условий для продуктивной коррекционной работы педагога и психолога с целью достижения максимально возможной (по состоянию пациента) адаптации.

*Социальный аспект сопровождения лиц с РАС* включает реализацию программ абилитации и реабилитации, социальную поддержку семей лиц с РАС. Улучшению семейной и социальной адаптации пациентов с РАС могут также способствовать проведение музыкальной терапии и элементы трудотерапии.

К дополнительным (вспомогательным) не медицинским методам коррекции, в целом, благоприятно воздействующим на эмоциональное состояние пациентов и помогающим развитию коммуникативных навыков следует отнести различные виды анималотерапии (пет-терапии): иппотерапия, дельфинотерапия, канистерапия, фелинотерапия, наблюдение за рыбками в аквариуме, взаимодействие с птицами.

Эти методы не приводят к уменьшению симптомов аутизма, однако позволяют ребенку снять напряжение и получить удовольствие от взаимодействия с окружающим миром.

### 1.8 ТЕРАПИЯ

Терапевтические стратегии, применяемые для лечения детей с РАС, являются мультимодальными и основаны на принципах индивидуальности и комплексности. В соответствии со стандартами первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) (приказы Министерства здравоохранения РФ от 02.02.2015г. №31н, №32н) и клиническими рекомендациями помощь оказывается врачами — психиатрами с привлечением врачей смежных специальностей (врача-педиатра, врача-невролога, врача-генетика, врача эндокринолога) и медицинских психологов. Оказание специализированной психиатрической помощи детям осуществляется врачами — психиатрами с письменного согласия родителей (или иных законных представителей), в амбулаторных и стационарных условиях (два профильных детских отделения: на базе ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» министерства здравоохранения Краснодарского края и ГБУЗ «Специализированная психиатрическая больница №7» министерства здравоохранения Краснодарского края).

По медицинским показаниям, строго дифференцированно проводится курсовое медикаментозное лечение препаратами различных групп: с успехом используются ноотропные препараты (пантогам-актив, мексидол, энцефабол, кортексин, церебролизин, фенибут, семакс, когитум, ноотропил, фенотропил и др.) и сосудистые средства (сермион, винпоцетин, глиатилин, циннаризин и др.). С началом применения в лечении детей с аутизмом препаратов из группы атипичных нейролептиков отмечается значительное уменьшение негативной симптоматики, прежде всего аутистических проявлений, улучшаются показатели социализации этого контингента больных. В настоящее время чаще используются рисперидон, кветиапин, флупентиксол, амисульприд, алимемазин. Дозировки препаратов подбираются строго индивидуально, с учетом особенностей каждого ребенка.

Важными составляющими комплексного лечебного воздействия являются также использование физиотерапии, массажа, организация рационального режима дня, нормализация сна.

С целью раннего выявления риска развития расстройств аутистического спектра у детей и своевременного оказания дифференцированной психологической и психотерапевтической помощи семьям в 2016г. была открыта круглосуточная линия «Телефон доверия» психиатрической службы Краснодарского края для детей и подростков и две «Школы для родителей, воспитывающих детей с особенностями психического развития», в которых ежемесячно проводятся заседания, посвященные актуальным вопросам воспитания, медико-социального сопровождения детей с особенностями психического развития.

## 1.9 РЕАБИЛИТАЦИЯ

Приоритетными принципами медицинской реабилитации являются раннее начало, комплексный подход, индивидуальный «маршрут» пациента, непрерывность, преемственность, обучение членов семьи для организации реабилитации детей в домашних условиях.

Ведущей медицинской организацией психоневрологического профиля, осуществляющей мероприятия медицинской реабилитации детей в системе здравоохранения Краснодарского края является ГБУЗ «Краевой детский центр медицинской реабилитации». Основными направлениями деятельности центра являются проведение курсовой медикаментозной терапии, физиотерапии, массажа, лечебной физкультуры, ортопедического лечения, кинезиотерапии, коррекции двигательных нарушений с использованием метода биологической обратной связи, в сочетании с оказанием психолого-педагогической помощи и логопедической коррекции, с использованием стационарных и стационарозамещающих технологий.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Коллектив авторов выражает надежду, что данное пособие будет полезно врачам-педиатрам, неврологам, психиатрам, медицинским психологам, социальным работникам, другим специалистам помогающих профессий, а также родителям, воспитывающим детей с особенностями психического развития и будет способствовать раннему выявлению риска развития РАС у детей и своевременному обращению за помощью к специалистам (логопедам, педагогам, тьюторам, психологам, врачам — педиатрам, неврологам, психиатрам, психотерапевтам) для организации максимально раннего вмешательства, обеспечения профильной помощи, разработки дальнейшего медико — социального маршрута и повышения уровня адаптации в обществе.

## 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### 2.1 ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

1. Чем характеризуются расстройства аутистического спектра?
2. Распространенность РАС.
3. Причины возникновения расстройств аутистического спектра.
4. Основные генетические синдромы, ассоциированные с РАС.
5. От чего зависит степень выраженности аутистической симптоматики?
6. Возрастная динамика расстройств аутистического спектра.
7. Что характерно для детей в возрасте от 3 до 5 лет с расстройствами аутистического спектра?
8. Что характерно для подростков с расстройствами аутистического спектра?
9. Перечислите качественные нарушения эмоций при расстройствах аутистического спектра.
10. Перечислите речевые нарушения при расстройствах аутистического спектра.
11. В чем проявляется неравномерность развития когнитивных функций (внимания, памяти и интеллекта) при расстройствах аутистического спектра.
12. Перечислите скрининговые тесты для раннего выявления у детей риска развития РАС.
13. Перечислите основные принципы концепции развития системы комплексного сопровождения лиц с расстройствами аутистического спектра.
14. Охарактеризуйте психолого-педагогический аспект сопровождения лиц с расстройствами аутистического спектра.
15. Перечислите основные задачи медицинского аспекта сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра.

## 2.2 ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ ЗАМКНУТОСТЬ, СТРЕМЛЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ, СЛОЖНОСТИ В ЭМОЦИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ С ОКРУЖАЮЩИМИ, ЗАДЕРЖКА УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ, ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ РЕЧИ, ЭХОЛАЛИИ, СТЕРЕОТИПИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
  - 1) синдрома Аспергера
  - 2) раннего детского аутизма
  - 3) гиперкинетического расстройства
  - 4) синдрома Ландау-Клеффнера
  - 5) изолированной задержки развития
2. ЧРЕЗВЫЧАЙНАЯ АКТИВНОСТЬ, ПОДВИЖНОСТЬ, ОТВЛЕКАЕМОСТЬ, НАРУШЕНИЕ ВНИМАНИЯ, НЕДОСТАТОК ОРГАНИЗОВАННОСТИ И ВОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
  - 1) синдрома Аспергера
  - 2) изолированной задержки развития
  - 3) гиперкинетического расстройства
  - 4) раннего детского аутизма
  - 5) синдрома Ландау-Клеффнера
3. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ РЕГИСТРИРУЕТСЯ
  - 1) всегда
  - 2) часто
  - 3) в половине случаев
  - 4) редко
  - 5) никогда
4. СИНДРОМ АСПЕРГЕРА ЧАСТО БЫВАЕТ АССОЦИИРОВАН С
  - 1) бредом преследования
  - 2) навязчивостями
  - 3) эпилептическими припадками
  - 4) умственной отсталостью
  - 5) множественными гиперкинезами
5. ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО ЧАЩЕ ОТМЕЧАЕТСЯ
  - 1) у мальчиков
  - 2) у девочек
  - 3) у подростков
  - 4) в зрелом возрасте
  - 5) не зависит от возраста и пола
6. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЮТ
  - 1) нейролептики
  - 2) антидепрессанты
  - 3) ноотропы и психостимуляторы
  - 4) бензодиазепины
  - 5) антиконвульсанты
7. ИНФАНТИЛИЗМУ ЧАЩЕ ВСЕГО СОПУТСТВУЕТ ТЕЛОСЛОЖЕНИЕ
  - 1) пикническое
  - 2) лептосомное
  - 3) атлетическое
  - 4) грацильное
  - 5) астеническое
8. ЗАИКАНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОДНИМ ИЗ ПРОЯВЛЕНИЙ
  - 1) шизофрении
  - 2) эпилепсии

- 3) аффективного расстройства  
4) олигофрении  
5) невроза
9. ДИАГНОЗ ЭНУРЕЗА НЕ СТАВЯТ ДЕТЯМ МЛАДШЕ
- 1) 4 лет
  - 2) 6 лет
  - 3) 8 лет
  - 4) 10 лет
  - 5) 12 лет
10. ТИКИ ОБЫЧНО
- 1) усиливаются во сне
  - 2) полностью амнезируются
  - 3) подавляются усилием воли
  - 4) исчезают во время стресса
  - 5) прогрессируют в течение всей жизни
11. ДЛЯ СИНДРОМА ЖИЛЯ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА ХАРАКТЕРНО
- 1) аутизм
  - 2) амбивалентность
  - 3) произнесение бранных слов
  - 4) речь «взахлеб»
  - 5) навязчивое стремление к чистоте и порядку
12. ФАНТАЗИИ В ВИДЕ САМООГОВОРОВ, ЛОЖНЫХ ПРИЗНАНИЙ В ПРЕСТУПЛЕНИЯХ, РАССКАЗОВ О НЕВЕРОЯТНЫХ ПРИКЛЮЧЕНИЯХ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОДРОСТКОВ С ЧЕРТАМИ
- 1) шизоидными
  - 2) эпилептоидными
  - 3) циклоидными
  - 4) истерическими
  - 5) психастеническими
13. ШИЗОФРЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ
- 1) галлюцинациями
  - 2) систематизированным бредом
  - 3) синдромом Кандинского-Клерамбо
  - 4) атипичной депрессией
  - 5) кататонической симптоматикой
14. ПОЧТИ ВСЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НАЧАВШИЕСЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, ПРИВОДЯТ К
- 1) апатико-абулическому дефекту
  - 2) кататоническому ступору
  - 3) грубому расстройству памяти
  - 4) задержке психического развития
  - 5) ранней смерти
15. МЕТАБОЛИЗМ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ У ДЕТЕЙ ПО СРАВНЕНИЮ СО ВЗРОСЛЫМИ
- 1) происходит быстрее
  - 2) замедлен
  - 3) существенно не отличается
16. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ НЕЙРОЛЕПТИКОВ ДЕТЯМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
- 1) малые дозы мощных средств
  - 2) малые дозы низкопотентных средств
  - 3) большие дозы мощных средств
  - 4) большие дозы низкопотентных средств

17. СИНДРОМ АСПЕРГЕРА ЧАСТО БЫВАЕТ АССОЦИИРОВАН С
- 1) бредом преследования
  - 2) навязчивостями
  - 3) эпилептическими припадками
  - 4) умственной отсталостью
  - 5) множественными гиперкинезами
18. СТРЕМЛЕНИЕ К ОДИНОЧЕСТВУ, СЛОЖНОСТИ В ЭМОЦИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ С ОКРУЖАЮЩИМИ, ЗАДЕРЖКА УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ, ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ РЕЧИ, ЭХОЛАЛИИ, СТЕРЕОТИПИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
- 1) синдрома Аспергера
  - 2) раннего детского аутизма
  - 3) гиперкинетического расстройства
  - 4) синдрома Ландау-Клеффнера
  - 5) изолированной задержки развития
19. ПОДВИЖНОСТЬ, ОТВЛЕКАЕМОСТЬ, НАРУШЕНИЕ ВНИМАНИЯ, НЕДОСТАТОК ОРГАНИЗОВАННОСТИ И ВОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
- 1) синдрома Аспергера
  - 2) изолированной задержки развития
  - 3) гиперкинетического расстройства
  - 4) раннего детского аутизма
  - 5) синдрома Ландау-Клеффнера
20. ПСИХИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, НАЧАВШИЕСЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ, ПРИВОДЯТ К
- 1) апатико-абулическому дефекту
  - 2) кататоническому ступору
  - 3) грубому расстройству памяти
  - 4) задержке психического развития
  - 5) ранней смерти



## 2.3 КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### **Задача 1.**

*Саша В., 8 лет, 1 класс.*

При предъявлении учителем нового задания девочка его игнорирует, смотрит исподлобья, «мимо», «сквозь» педагога. Может скинуть с парты все учебные предметы, начать рвать тетрадь или лист с бланковым заданием, ломать или бросать ручки и карандаши. Может щипать или кусать свои руки. Все действия сопровождаются невнятным бормотанием, постепенно переходящим в громкие единичные выкрики: «Не буду!», «Отстань!».

*Охарактеризуйте проблему?*

### **Задача 2.**

*Петя С., 8 лет, 1 класс.*

В начале обучения испытывал страх перед любой задачей, отказывался от деятельности: «я не могу, не решу, не знаю ...», «это трудно, я не смогу; лучше диктант про собаку...». В дальнейшем Петя давал подобные реакции при знакомстве с новым типом задач.

*Охарактеризуйте проблему?*

### **Задача 3.**

*Женя К., 8 лет, 1 класс.*

Мальчику предлагается прочитать и решить задачу: «На полке лежало 12 тетрадей. Из них 5 в клетку. Сколько тетрадей в линейку лежало на полке?» Женя бегло читает текст задачи и, ненадолго задумавшись, называет ответ 7.

На просьбу педагога записать решение Женя искренне удивляется и показывает на слово «решение». И подобная ситуация возобновлялась после начала изучения каждого нового типа задач. Лишь к концу первого класса мальчик начинает самостоятельно, без напоминания правильно оформлять задачи.

*Охарактеризуйте проблему?*

*Пути решения проблемы?*

### **Задача 4.**

*Сережа П., 9 лет, 2 класс.*

Любимая тема Сережи — транспорт. На уроках и во время перемен все разговоры, игры, действия посвящены катанию на троллейбусе (в последствии — на машине). Школьный коридор — шоссе, учительская — остановка троллейбуса, дети и взрослые — пассажиры троллейбуса. Сережа бегаёт по коридору и предлагает каждому встреченному человеку прока-

таться на троллейбусе. Серезу трудно «переключить» на другие темы. Как следствие этого, на уроках математики при записи наименований в Серезиной тетради регулярно появляются «троллейбусы».

*Охарактеризуйте проблему и чем она обусловлена?*

### **Задача 5.**

*Никита Т., 9 лет, 2 класс.*

Мальчику предлагается решить задачу: «Аня нашла 5 белых грибов и несколько сыроежек. Всего 8 грибов. Сколько сыроежек нашла Аня?»

Никита читает задачу и «выхватывает из текста слово «всего». И тут же заявляет: «Я знаю, я уже решил. 13». В ответ на просьбу учителя подумать еще раз, мальчик начинает нервничать, вскакивать со стула и хватать учителя за руки, стараясь всеми возможными способами, привлечь его внимание к слову «всего» и доказать свою правоту.

*Охарактеризуйте проблему?*

*Пути решения проблемы?*

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

- Айрес Э. Джин. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. Изд. 4-е. — М.: Теревинф, 2016. — С.25 — 38.
- Делани Т. Развитие основных навыков у детей с аутизмом. Эффективная методика игровых занятий с особыми детьми. — М.: Рама, 2014. — С.5 — 8.
- Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. Изд. 8-е, стер. — М.: Теревинф, 2014. — 288с.
- Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В., Аршатская О.С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. Изд. 3-е. — М.: Теревинф, 2011. — 224с.
- Нуриева Л.Г.: Развитие речи у аутичных детей Изд. 7-е. — М.: Теревинф, 2015. — С.14 — 21.
- Темпл Грэндин, Скарриано М. Маргарет. Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма. Изд. 2-е. — М.: Теревинф, 2012. — С.6–8.
- Янушко Е.: Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. Изд.

- 6-е. — М.: Теревинф, 2014. — С.7 — 17.
- Расстройства аутистического спектра (РАС). Информационный бюллетень ВОЗ. Февраль 2016 г. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/ru/>

## **СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

### **ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА**

- Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник. — 2-е изд., перераб. И доп. — М.:ООО Медицинское информационное агентство», 2015, — 832 с.
- Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов /Под ред. Ю.С.Шевченко. — М.:ООО Медицинское информационное агентство», 2011, — 928 с.
- Сергеев И.И. Психиатрия и наркология: Учебник / И.И. Сергеев, Н.Д. Лакосина, О.Ф. Панков. — М.: МЕДпресс — информ, 2012, — 752 с.

### **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА**

- Марилов В.В., Марилова Т.Ю. Клиническая психопатология: руководство. — М.:ГЭОТАР — Медиа, 2010.— 608 с.
- Психиатрия. Национальное руководство /Под ред.Т.Б.Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С.Тиганов. 2009, — 1000 с.
- Психиатрия. Основные клинической психопатологии: учебник. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. — М.:ГЭОТАР — Медиа, 2009.— 384 с.

## ОПРОСНИК M-CHAT-R

©2009 Diana Robins, Deborah Fein, &amp; Marianne Barton

**Инструкция для родителей:***Ответьте «да» или «нет» после каждого вопроса*

Заполните этот опросник, ориентируясь на то, как обычно себя ведет Ваш ребенок. Пожалуйста, постарайтесь ответить на каждый вопрос. Если то или иное поведение проявлялось редко (Вы видели это всего один или два раза), отметьте, что ребенку это не свойственно.

- 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).
- Вы когда-нибудь предполагали, что ваш ребенок может быть глухим?
- 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)
- Ребенку нравится забираться на различные предметы? (пример: Ребенок любит залезать на мебель, на оборудование детской площадки)
- Ваш ребенок делает необычные движения пальцами перед глазами? (пример: Ребенок перебирает пальцами около глаз)
- Ребенок указывает пальцем, чтобы что-то попросить или получить помощь? (пример: Ребенок указывает пальцем на лакомство или игрушку, до которой не может дотянуться)
- Ребенок показывает пальцем, чтобы обратить внимание на что-то интересное? (пример: Ребенок показывает пальцем на самолет в небе или на большой грузовик на дороге)
- Ребенок интересуется другими детьми? (пример: Ребенок наблюдает за другими детьми, улыбается им, идет к ним)
- Ребенок приносит предметы и поднимает их, чтобы показать вам? (пример: Ребенок показывает вам цветок, плюшевую игрушку или машинку)
- Ребенок отзывается на свое имя? (пример: Ребенок смотрит на вас, говорит или лепечет, прекращает то, что сейчас делает, когда вы зовете его (или ее) по имени)

- Когда вы улыбаетесь ребенку, он улыбается в ответ?
- Ребенка расстраивают обычные звуки? (пример: Ребенок начинает кричать или плакать от таких звуков, как шум пылесоса или громкая музыка)
- Ребенок умеет ходить?
- Ребенок смотрит вам в глаза, когда вы говорите с ним, играете или одеваете?
- Ребенок пытается копировать то, что вы делаете? (пример: машет рукой в ответ, когда вы прощаетесь, хлопает в ладоши, издает смешные звуки)
- Если вы обернетесь и посмотрите на что-нибудь, ваш ребенок обернется, чтобы увидеть, на что вы смотрите?
- Ребенок старается сделать так, чтобы вы посмотрели на него? (пример: Ребенок смотрит на вас, ожидая на похвалу, или говорит «гляди» или «посмотри на меня»)
- Ребенок понимает то, что вы ему говорите? (пример: Если вы не будете ничего показывать руками, ребенок поймет такие фразы, как «положи книжку на стул» или «принеси мне одеяло»)
- Когда случается что-то необычное, ребенок смотрит на ваше лицо, чтобы понять, как вы к этому относитесь? (пример: Если ребенок слышит странный или непривычный звук или видит новую игрушку, он смотрит на ваше лицо)
- Вашему ребенку нравятся подвижные занятия? (пример: когда его качают на качелях или раскачивают на коленях)

Количество баллов \_\_\_\_\_

#### **Алгоритм для подсчета результатов:**

Ответ «ДА» на вопросы 2, 5 и 12 и ответ «НЕТ» на любые другие вопросы — это прямое указание на то, что у ребенка есть риск развития расстройств аутистического спектра.

**Низкий риск:** Общий результат 0–2 балла.

Если ребенок младше 24 месяцев, рекомендуется провести повторное тестирование после того, как ему исполнится 2 года. Никаких других действий от вас пока что не требуется.

**Средний риск:** Общий результат 3–7 баллов.

Обсудите результаты теста с педиатром, попросите его прокомментировать вашу анкету. По результатам вашей беседы примите решение — идти ли на дальнейшее, более детальное, обследование.

**Высокий риск:** общий результат 8–20 баллов.

Вашему ребенку обязательно требуется обследование, и чем раньше вы его начнете, тем более высока вероятность, что помощь окажется эффективной.

## Приложение В

### ОЦЕНОЧНАЯ ШКАЛА РДА (ОЦЕНКА ПРОВОДИТСЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЙ):

1. Взаимоотношения с людьми
2. Подражание звукам, словам, действиям
3. Эмоциональная реакция
4. Моторика, стереотипии
5. Игровая деятельность, своеобразие
6. Адаптация к изменениям
7. Визуальная реакция
8. Слуховая реакция
9. Реакция на запах, вкус, прикосновение
10. Уровень тревоги, страхи
11. Вербальная коммуникация
12. Невербальная коммуникация
13. Развитие интеллекта, его равномерность.
14. Уровень активности

#### Оценка результатов:

- 1б. — у ребенка нет отклонений в развитии этих психических сфер;
- 2б. — есть некоторые умеренные отклонения
- 3б. — умеренные отклонения в контактах, эмоциях, интеллекте, речи, игре, поведении;
- 4б. — значительные отклонения от нормативного развития

#### Общая сумма:

- 15–30 баллов — низкий риск развития аутизма у ребенка
- 30–37 баллов — умеренный риск развития аутизма
- 37–60 баллов — высокий риск развития аутизма

## «МИНИ-БИБЛИОТЕКА» ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С РАС

- Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи.
- Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., Костин И.А., Веденина М.Ю., Аршатский А.В., Аршатская О.С. Дети и подростки с аутизмом.
- Глен Доман: Что делать, если у Вашего ребенка повреждение мозга.
- Грэндин Темпл, Маргарет М. Скариано: Отворяя двери надежды. Мой опыт преодоления аутизма
- Коллинз П. Даже не ошибка: отцовское путешествие в таинственную историю аутизма.
- Янушко Е.: Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия.
- Альвин Дж., Уорик Э.: Музыкальная терапия для детей с аутизмом.
- Эллен Нотбом: 10 вещей, о которых хотел бы рассказать ребенок с аутизмом.
- Патрик Сансон: Психопедагогика и аутизм
- Рожнов О.П., Дворова И.В.: Упражнения и занятия по сенсо-моторному воспитанию детей 2-4 лет жизни.
- Роберт Шрамм: Детский аутизм и АВА.
- Саттари П. Дети с аутизмом.
- Шор С. За стеной. Личный опыт: аутизм и синдром Аспергера.
- Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогическому воздействию.

### ПОЛЕЗНЫЕ ССЫЛКИ:

- [autism.mgppu@gmail.com](mailto:autism.mgppu@gmail.com); <http://www.autism-mgppu.ru> — Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с РАС на базе Московского государственного психологического — педагогического университета;
- <http://www.autism.com>
- <http://www.fond-detyam.ru> — Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- <http://outfund.ru/> — Фонд содействия решению проблем аутизма в России;
- <http://autismspeaks.org> (информация на английском языке).

## ВАЖНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ:

- 8 (800) 2000 122 — телефон доверия для детей, подростков и их родителей;
- 8 (800) 2502 955 — круглосуточная линия «Телефон доверия» психиатрической службы Краснодарского края для детей и подростков.

## Приложение Д

## ОТВЕТЫ НА КОНТРОЛЬ ЗНАНИЙ

### ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ (2.2):

| №    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Отв. | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 4 | 5 | 1 | 3  | 3  | 4  | 5  | 4  | 1  | 1  | 2  | 2  | 3  | 4  |

### Ответы на ситуационные задачи (2.3):

#### Задача 1.

Проблема в направлении учебной деятельности — в формировании умения решать задачи в виде протестной реакции.

#### Задача 2.

Проблема в направлении учебной деятельности — игнорирование предложенной деятельности — решения задачи. В подобных случаях настоятельные требования педагога только усугубляют ситуацию и могут привести к отказу от деятельности в целом. С тактической точки зрения лучше не заострять на этом внимание, и, как правило, через некоторое время ребенок сам начинает работать. Аутичному ребенку требуется время, чтобы «принять» этот вид задания.

#### Задача 3.

Проблема в направлении учебной деятельности — трудности при записи решения задач. Не испытывая видимых сложностей при составлении арифметических примеров по демонстрации или с использованием иллю-

стративного материала, они, в большинстве случаев, на протяжении довольно длительного времени без посторонней помощи неспособны представить решение в виде соответствующего числового выражения. Иногда это связано с непониманием смысла предлагаемой задачи.

Пути решения проблемы: в коррекционной работе основной акцент делать на визуализацию изучаемого материала.

#### **Задача 4.**

Проблемы пояснения и наименования при решении задач, обусловлены особенностями организации восприятия и мышления детей-аутистов и являются следствием недостаточности самоконтроля, фрагментарного восприятия текста задачи, а также склонностью к фантазированию или «зацикленностью» на одних и тех же образах.

#### **Задача 5.**

Проблема в направлении учебной деятельности — решение задачи «по условному рефлексу». Ребенок «выхватывает» из текста задачи отдельные слова или прочно усвоенные лексико-грамматические конструкции и, опираясь на них, решает задачу, игнорируя условие и вопрос.

Для успешного преодоления этой проблемы очень важен ровный, доброжелательный эмоциональный настрой учителя, педагог должен помочь ребенку по опорной карточке-плану решить задачу заново.

## СОДЕРЖАНИЕ

|   |    |
|---|----|
| <b>Предисловие</b> .....  | 5  |
| <b>Введение</b> .....   | 6  |
| 1. Теоретическая часть .....  | 7  |
| 1.1 Эпидемиология .....   | 7  |
| 1.2 Этиология .....   | 7  |
| 1.3 Классификация .....   | 9  |
| 1.4 Диагностические критерии по МКБ-10 .....  | 10 |
| 1.5 Клинические проявления .....  | 11 |
| 1.6 Диагностика .....   | 16 |
| 1.7 Система комплексного сопровождения лиц<br>с расстройствами аутистического ..... | 16 |
| 1.8 Терапия .....   | 18 |
| 1.9 Реабилитация .....  | 19 |
| <b>Заключение</b> .....   | 20 |
| <b>2. Практическая часть</b> .....  | 21 |
| 2.1 Вопросы для самоподготовки .....  | 21 |
| 2.2 Тестовый контроль .....   | 22 |
| 2.3 Клинические ситуационные задачи .....   | 26 |
| <b>Список использованной литературы</b> .....                                       | 28 |
| <b>Список рекомендуемой литературы</b> .....  | 29 |
| Основная литература .....   | 29 |
| Дополнительная литература .....   | 29 |
| <b>Приложение А</b> .....   | 30 |
| ОПРОСНИК M-CHAT-R .....   | 30 |
| <b>Приложение В</b> .....   | 32 |
| ОЦЕНОЧНАЯ ШКАЛА РДА .....   | 32 |
| <b>Приложение С</b> .....   | 33 |
| «Мини-библиотека» для родителей, воспитывающих детей с РАС .....                    | 33 |
| Полезные ссылки: .....  | 34 |
| Важные телефоны: .....  | 34 |
| <b>Приложение Д</b> .....   | 35 |
| Ответы на контроль знаний .....   | 35 |

