

АУТИЗМ и нарушения развития

Autism and Developmental Disorders (Russia)

№ 1 (70)

2021



12+



АУТИЗМ И НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ

Учредитель: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет» (ФГБОУ ВО МГППУ)

Главный редактор:

Хаустов А.В., кандидат педагогических наук, директор Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС МГППУ

Редакционный совет:

Алехина С.В., председатель редакционного совета, кандидат психологических наук, доцент, директор Института проблем инклюзивного образования, проректор по инклюзивному образованию МГППУ

Ахутина Т.В., доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова

Бородина Л.Г., кандидат медицинских наук, врач-психиатр, доцент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии МГППУ

Волосовец Т.В., кандидат педагогических наук, директор ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания РАО»

Горбачевская Н.Л., доктор биологических наук, руководитель научной лаборатории Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра МГППУ

Дименштейн Р.П., член собрания учредителей, член правления, член экспертного совета РБОО «Центр лечебной педагогики»

Левченко И.Ю., доктор психологических наук, заведующая лабораторией инклюзивного образования Института специального образования и комплексной реабилитации МГППУ

Морозов С.А., кандидат биологических наук, председатель Общества помощи аутичным детям «Добро», ведущий научный сотрудник Центра дошкольного, общего, дополнительного и коррекционного образования ФГБУ ФИРО РАНХиГС

Орехова Е.В., кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник Гётеборгского университета (Швеция)

Пови К., директор Центра аутизма Национального общества аутизма (Великобритания)

Симашкова Н.В., доктор медицинских наук, заведующая отделом детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Шведовская А.А., кандидат психологических наук, начальник Управления информационными и издательскими проектами, доцент кафедры возрастной психологии имени профессора Л.Ф. Обухова факультета психологии образования МГППУ

Шпицберг И.Л., руководитель Центра реабилитации инвалидов детства «Наш Солнечный Мир», член правления Международной ассоциации «Autism Europe»

Эдельсон С.М., PhD in Psychology, исполнительный директор Института исследований аутизма (США)

Редакционная коллегия:

Садикова И.В., редактор, методист Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС МГППУ

Шведовский Е.Ф., ответственный секретарь, методист Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС МГППУ, младший научный сотрудник Отдела медицинской психологии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Editor in Chief:

Khaustov A.V., PhD in Education, director of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with ASD of MSUPE

The Editorial Council:

Alekhina S.V., chairman of the editorial council, PhD in Psychology, associate professor, director of the Institute of Inclusive Education, the Deputy Rector for Inclusive Education of MSUPE

Akhutina T.V., Doctor of Psychology, chief researcher of the laboratory of neuropsychology of the faculty of psychology of Lomonosov Moscow State University

Borodina L.G., PhD in Medicine, psychiatrist, associate professor of the department of clinical and judicial psychology of the faculty of judicial psychology of MSUPE

Volosovets T.V., PhD in Education, director of Institute for the Study of Childhood, Family and Education of the Russian Academy of Education

Gorbachevskaya N.L., Doctor of Biology, the head of the scientific laboratory of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with ASD of MSUPE

Dimenshtein R.P., member of the constituent assembly, member of the board, member of the expert council, Center for Curative Pedagogics

Levchenko I.Y., Doctor of Psychology, the head of the laboratory of inclusive education in the Institute of Special Education and Complex Rehabilitation of MSPU

Morozov S.A., PhD in Biology, president of Society of Assistance to Autistic Children «Dobro», senior researcher at the center for pre-school, general, supplementary and remedial education of Federal Education Development Institute of RANEPА

Orekhova E.V., PhD in Psychology, leading researcher of the University of Gothenburg (Sweden)

Povey C., director of the Center for Autism of National Autistic Society (Great Britain)

Simashkova N.V., Doctor of Medicine, the head of the department of child psychiatry of the Mental Health Research Centre

Shvedovskaya A.A., PhD in Psychology, the head of the Department of information and publishing projects, associate professor of the Department of developmental psychology named after L.F. Obukhova, faculty of psychology of education of MSUPE

Spitzberg I.L., director of the Rehabilitation Center for Disabled Children «Our Sunny World», member of the board of the International Association Autism Europe

Edelson S.M., PhD in Psychology, executive director of the Autism Research Institute (USA)

The Editorial Board:

Sadikova I.V., editor, methodologist of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support for Children with ASD of MSUPE

Shvedovskiy E.F., executive secretary, methodologist of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with ASD of MSUPE, junior researcher of the Department of Clinical Psychology, Mental Health Research Centre

АУТИЗМ И НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ

Научно-практический журнал

Т. 19. № 1 (70) — 2021

AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS (RUSSIA)

Scientific and practical journal

Vol. 19. No 1 (70) — 2021

Московский государственный психолого-педагогический университет
Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения
детей с расстройствами аутистического спектра
Moscow State University of Psychology & Education
Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support
to Children with ASD



СОДЕРЖАНИЕ

МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ

- А.В. Хаустов, М.А. Шумских*
Динамика в развитии системы образования
детей с расстройствами аутистического
спектра в России: результаты
Всероссийского мониторинга 2020 года 4

ИССЛЕДОВАНИЕ И ДИАГНОСТИКА РАС

- А.Б. Сорокин, Е.Ю. Давыдова, Л.В. Самарина,
Е.Е. Ермолаева, К.Ю. Антохина, Е.А. Кузембаева,
А.В. Хаустов, О.В. Баландина, У.А. Мамохина*
Стандартизированные методы диагностики
аутизма: опыт использования
ADOS-2 и ADI-R 12
- И.А. Нигматуллина, Н.С. Борисова, А.С. Фролова*
Оценка базовых навыков у детей
дошкольного возраста с расстройствами
аутистического спектра с помощью
методики VB-MAPP 25
- М.М. Иванова, Л.Г. Бородина*
Особенности мышления у взрослых
с диагнозом расстройства аутистического
спектра без умственной отсталости,
поставленным в детстве 34

МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ

- Ч.И. Паренте, Р.М. Ципан, Р.Л. Хендрен*
Интеграция помощи людям с РАС:
коморбидные состояния в психиатрии
и комплексная терапия 44

МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА

- А.Ф. Шапошникова*
Комментарий к статье
Ч.И. Паренте, Р.М. Ципан, Р.Л. Хендрена
«Интеграция помощи людям с РАС:
коморбидные состояния
в психиатрии и комплексная терапия» 53

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ И РОДИТЕЛЬСКИЙ ОПЫТ

- С.П. Попова*
Формирование навыков социальной
коммуникации и социально приемлемого
поведения у детей с РАС в ходе
организованной экскурсионной работы 55

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

- Т.В. Докукина, С.И. Осипчик, Н.К. Григорьева,
Т.Н. Алыко, О.М. Латыш, М.Н. Трущенко*
Лонгитюдное наблюдение за психосоциальным
и интеллектуальным развитием
пациента с аутизмом 65

- НОВОСТИ, СОБЫТИЯ ДОКУМЕНТЫ 74**

CONTENTS

COMPREHENSIVE SUPPORT MODELS

- A.V. Khaustov, M.A. Schumskih*
Dynamic Changes in the Development
of the Educational System of Children
with Autism Spectrum Disorders in Russia:
Results of the 2020 All-Russian Monitoring 4

RESEARCH & DIAGNOSIS OF ASD

- A.B. Sorokin, E.Yu. Davydova, L.V. Samarina,
E.E. Ermolaeva, K.Yu. Antokhina, E.A. Kuzembayeva,
A.V. Khaustov, O.V. Balandina, U.A. Mamokhina*
Standardized Diagnostic Instruments
for Autism Spectrum Disorders:
the Use of ADOS-2 and ADI-R 12
- I.A. Nigmatullina, N.S. Borisova, A.S. Frolova*
Assessment of Basic Skills of Children
of a Preschool Age with Autism Spectrum
Disorder Using
the VB-MAPP 25
- M.M. Ivanova, L.G. Borodina*
Cognitive Features in Adults with Autism
Spectrum Disorder, Diagnosed
in Childhood without Intellectual
Disabilities 34

MEDICAL SUPPORT

- C.I. Parenteau, R.M. Tsipan, R.L. Hendren*
Integrating Treatment for Autism:
Psychiatric Comorbidities and Comprehensive
Treatment 44

EXPERT OPINION

- A.F. Shaposhnikova*
Expert comment to the paper
of C.I. Parente, R.M. Tsipan, R.L. Hendren
«Integrating Treatment for Autism:
Psychiatric Comorbidities
and Comprehensive Treatment» 53

PEDAGOGICAL & PARENTAL EXPERIENCE

- S.P. Popova*
The Development of Social Communication
Skills and Socially Acceptable Behavior
in Children with ASD within
the Organized Excursion Activities 55

CLINICAL CASE

- T.V. Dokukina, S.I. Osipchik, N.K. Grigorieva,
T.N. Alyko, O.M. Lapysh, M.N. Truschenko*
Longitudinal Observation of the Psychosocial
and the Intellectual Development
of a Patient with Autism 65

- NEWS. EVENTS, DOCUMENTS 74**

МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ COMPREHENSIVE SUPPORT MODELS

Динамика в развитии системы образования детей с расстройствами аутистического спектра в России: результаты Всероссийского мониторинга 2020 года

Хаустов А.В.

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ),
Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9634-9295>,
e-mail: arch2@mail.ru

Шумских М.А.

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ),
Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9878-8558>,
e-mail: shumskihma@mgppu.ru

Представлены результаты Всероссийского мониторинга состояния образования обучающихся с расстройствами аутистического спектра (РАС), проведенного в 2020 году Министерством просвещения Российской Федерации совместно с Федеральным ресурсным центром по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра Московского государственного психолого-педагогического университета. Общая численность обучающихся с РАС в 2020 году по сравнению с 2019 годом увеличилась на 43% и составила 32990 человек. Большинство детей с РАС (69%) обучаются на уровнях начального, основного и среднего общего образования. Доля детей с РАС, посещающих общеобразовательные (инклюзивные) классы с применением модели «Ресурсный класс», составляет 7%. Обучающиеся на дому школьники с РАС составляют 37% от общего числа учащихся с аутизмом. Сохраняется проблема кадрового обеспечения образования и сопровождения детей с РАС: 66% детей получают услуги логопеда, 55% – дефектолога, 80% учащихся с РАС получают поддержку педагогов-психологов, всего 19% детей с аутистическими нарушениями обеспечены тьюторским сопровождением. В 43 субъектах Российской Федерации создано 52 региональных ресурсных центра.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, мониторинг, образование, сопровождение, региональный ресурсный центр.

Для цитаты: Хаустов А.В., Шумских М.А. Динамика в развитии системы образования детей с расстройствами аутистического спектра в России: результаты Всероссийского мониторинга 2020 года // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 1 (70). С. 4–11. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2021190101>

Dynamic Changes in the Development of the Educational System of Children with Autism Spectrum Disorders in Russia: Results of the 2020 All-Russian Monitoring

Artur V. Khaustov

Moscow State University of Psychology & Education (MSUPE),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9634-9295>, e-mail: arch2@mail.ru

Marina A. Shumskikh

Moscow State University of Psychology & Education (MSUPE),
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9878-8558>, e-mail: shumskihma@mgppu.ru

The results of the 2020 All-Russian Monitoring of the state of education of students with autism spectrum disorders (ASD) are presented. Monitoring held by the Ministry of Education of the Russian Federation in collaboration with the Federal Resource Center for the Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders of the Moscow State University of Psychology & Education. The total number of students with ASD in 2020 compared to 2019 increased by 43% and amounted to 32,990 individuals. Most children with ASD (69%) are enrolled in primary, basic and secondary general education. The percent of children with ASD attending general education (inclusive) classes using the “Resource Class” model is 7%. Homeschooling students with ASD make up 37% of the total number of students with autism. The problem of human resources, needed to maintain the education and support for children with ASD remains: 66% of children receive speech therapist services, 55% — a special teacher, 80% of students with ASD receive support from educational psychologists, only 19% of children with autistic disorders are provided with tutor support. In 43 constituent entities of the Russian Federation, 52 regional resource centers have been created.

Keywords: autism spectrum disorders, monitoring, education, support, regional resource center.

For citation: Khaustov A.V., Shumskikh M.A. Dynamic Changes in the Development of the Educational System of Children with Autism Spectrum Disorders in Russia: Results of the 2020 All-Russian Monitoring. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism & Developmental Disorders (Russia)*. 2021. Vol. 19. No 1 (70). Pp. 4–11. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2021190101> (In Russ.).

В течение последних нескольких лет в России отмечается стремительный рост численности детей с РАС в системе образования. С 2017 года данный показатель вырос более чем в 2 раза. Данный факт вызывает беспокойство, поскольку развитие региональных систем образования может «не успевать» за динамично меняющейся ситуацией. Для своевременного планирования организационных и содержательных изменений в субъектах Российской Федерации необходим анализ результатов федерального мониторинга, ежегодно проводящегося Министерством просвещения Российской Федерации совместно с Федеральным ресурсным центром по организации комплексного сопровождения детей с РАС (далее — ФРЦ) ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» [10].

Мониторинг численности детей с расстройствами аутистического спектра 2020 года в субъектах Российской Федерации был проведен в соответствии с формой, разработанной Департаментом государственной политики в сфере защиты прав детей Министерства просвещения Российской Федерации совместно с

ФРЦ. Сбор данных проводился органами исполнительной власти субъектов РФ, осуществляющих государственное управление в сфере образования.

В ходе мониторинга были собраны данные об общей численности обучающихся лиц с РАС в субъектах РФ, о численности детей с РАС, получающих образование в службах ранней помощи (в системе образования), в дошкольных образовательных организациях, в общеобразовательных организациях на уровнях начального общего образования, основного общего образования и среднего общего образования; о численности обучающихся по образовательным программам дошкольного, общего (начальное, основное и среднее) и профессионального образования. Получены данные о численности обучающихся с РАС по формам получения образования и формам обучения, по формам (моделям) организации образования на уровне дошкольного и общего образования. Выявлены данные о численности детей с РАС, получающих помощь специалистов психолого-педагогического сопровождения. Получена информация о наличии в субъектах Российской Федерации реги-

ональных ресурсных центров (далее — РРЦ) по организации комплексного сопровождения детей с РАС и об организациях, в структуре которых действуют РРЦ. Собраны данные о наличии в регионах России поправочных (корректирующих) коэффициентов финансирования.

Данные в ходе мониторинга были предоставлены 85 субъектами Российской Федерации.

Общая численность обучающихся с РАС

Согласно мониторингу 2020 года, общая численность обучающихся с РАС в России составила **32899** человек. Выявлена выраженная динамика увеличения численности по сравнению с 2019 годом (23093 человека) на 42%, а по сравнению с 2017 годом (15998 человек) — на 106% (таблица 1).

В целом, численность детей с РАС и частота встречаемости расстройств аутистического спектра сильно отличаются в различных регионах России. Соотношение в сравнении с прошлогодними данными численности лиц с РАС по Федеральным округам отражено в таблице 2.

Наименьший показатель, как и в прошлые годы, отмечается в Дальневосточном и Северо-Кавказском федеральных округах. Наибольшая динамика выявлена по Центральному федеральному округу. Во многом это связано с добавлением отчетных цифр от города Москвы (предыдущая статотчетность по численности обучающихся с РАС за 2019 год была сформирована без учета этих показателей; в 2020 году Москва возобновила подачу статистических данных, которые включены в общий результат). Необходимо отметить, что впервые все федеральные округа заявили о наличии в их регионе обучающихся с РАС. Так,

по Ненецкому автономному округу, ранее ежегодно подававшему нулевую статистику, выявлены 4 ребенка с РАС в системе образования.

Результаты, полученные в ходе мониторинга, и их сравнение с данными мировой статистики [1] продолжают свидетельствовать о недостаточной выявляемости детей с РАС в России и о неравномерности развития системы диагностики в различных регионах.

Анализ данных показал, что соотношение численности детей с РАС и общей детской популяции¹ (0–18 лет) в России составляет 1:961, что отличается в 6 раз (1:160) от данных мировой статистики [1].

Трудности диагностики обусловлены недостатком подготовленных специалистов в системе здравоохранения и отсутствием широкого применения в России общепринятых стандартизированных скрининговых и диагностических инструментов. Проблемы выявления и уточнения диагноза РАС, а также определения образовательной диагностической группы помогут решить апробация и внедрение в работу организаций, осуществляющих помощь детям с РАС, стандартизированных методов диагностики аутизма [2; 9].

По итогам мониторинга выявлено, что продолжает проследиваться неравномерность распределения обучающихся с РАС по уровням образования — от ранней помощи до высшего профессионального образования.

Среди детей с РАС охвачены деятельностью служб ранней помощи 1,74% (572 ребенка); 8089 (24,5%) детей получают образовательные услуги на уровне дошкольного образования; 60% — школьники, обучающиеся на уровнях начального, основного и среднего общего образования (19852 человека); 0,81% (269 чел.) — на уровне среднего профессионального образования (таблица 3).

Таблица 1

Динамика численности обучающихся с РАС в России

Год	2017	2018	2019	2020
Численность детей с РАС в образовании	15998 чел.	22953 чел.	23093 чел.	32899 чел.

Таблица 2

Численность обучающихся с РАС по федеральным округам

Федеральные округа / года	2018	2019	2020
Центральный ФО	5175	6006	11526
Южный ФО	3111	3215	4065
Северо-Западный ФО	1262	1485	1833
Дальневосточный ФО	1201	995	1716
Сибирский ФО	2870	3339	3789
Уральский ФО	2472	2618	3260
Приволжский ФО	3760	4493	5291
Северо-Кавказский ФО	895	942	1419

¹ По данным Росстата на 1 января 2020 года.

Как и в прошлые годы, отмечается невысокий охват услугами в системе образования на уровне ранней помощи, что по-прежнему свидетельствует о несформированности системы ранней помощи в Российской Федерации.

Образовательными услугами на уровне среднего профессионального образования охватывается все большее число юношей и девушек с РАС. Более чем в 2 раза увеличилось число студентов, обучающихся по программам среднего профессионального образования: со 116 человек в 2019 году до 269 в 2020 году. И хотя их доля в общей численности лиц с РАС составляет менее 1%, полученные данные говорят о том, что ситуация с организацией профессионального образования лиц с РАС постепенно начинает улучшаться: нарабатывается опыт, реализуются адаптированные образовательные программы профессионального образования для лиц с РАС. Анализ результатов свидетельствует о системном подходе к решению данной проблемы в Смоленской (77 чел.), Московской (39 чел.) и Тульской (21 чел.) областях, а также в Татарстане (20 человек).

Анализ данных мониторинга показал, что общая численность детей с РАС на уровне дошкольного образования — 8089 человек, их доля в общей численности обучающихся с РАС составляет 24,5 %. Вероятно, число детей с РАС в сфере дошкольного образования будет расти, поскольку в русле процесса комплексного сопровождения детей с РАС [3] в 2018 году в семи организациях шести регионов России проведена апробация проекта и уже принята Адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования для детей с РАС (АООП ДО РАС). Принятая программа учитывает и положения ФГОС ДО [8], и особенности детей с РАС. Ход апробации про-

граммы освещался в журнале «Аутизм и нарушения развития» [4].

Среди применяемых моделей организации дошкольного образования группы компенсирующего вида (таблица 4) по-прежнему сохраняют ведущую позицию: 5347 детей с РАС дошкольного возраста получают образование в таких группах.

По итогам 2019 года, показатель численности детей, посещающих группы комбинированного вида с включением в ресурсную группу, увеличился практически вдвое, однако в 2020 году выявлена отрицательная динамика, на четверть упала численность детей, получающих образование в таких группах: с 378 до 286 человек.

Согласно полученным сведениям, обучение детей с РАС по АООП ДО РАС проходит далеко не во всех регионах, по разным причинам дошкольники продолжают получать образование по неспецифичным для расстройств аутистического спектра программам в группах нормотипичных сверстников или детей с другими нарушениями развития. Тем не менее, дошкольники с РАС, обучающиеся по АООП ДО РАС, составляют уже почти 55% от общего числа детей с РАС этой возрастной группы [6].

Как уже отмечалось, общая численность детей с РАС на уровнях начального, основного и среднего общего образования составляет 19852 человека, их доля в общей численности обучающихся с РАС составляет 60%.

Меньше половины школьников с РАС — 41% (8103 чел.) — обучаются в отдельных (коррекционных) классах (таблица 5). В абсолютном значении этот показатель даже вырос: на 1336 человек. В процентном соотношении в 2020 году он практически остался на уровне 2019 года (43 %).

Таблица 3

Распределение детей (обучающихся) с РАС по уровням образования

Уровень образования / год	2018	2019	2020
Ранняя помощь	387	535	572
Дошкольное образование	6898	7192	8089
Начальное общее образование	8460	10149	13950
Основное общее образование	4310	4750	5548
Среднее общее образование	244	238	354
Среднее профессиональное образование	89	116	269
Высшее профессиональное образование	8	10	7

Таблица 4

Численность детей с РАС, получающих дошкольное образование по различным моделям организации образования

Модель организации образования/ год	2018	2019	2020
Группа комбинированного вида	1869	1932	1831
Группа комбинированного вида с применением модели «Ресурсная группа»	187	378	278
Группа компенсирующего вида	3986	4367	5286
Вариативные формы дошкольного образования	843	798	520
Индивидуальное обучение на дому	162	287	174

Анализ данных мониторинга показал, что процент школьников с РАС, посещающих общеобразовательные инклюзивные классы, составил 15,9%, что также соответствует в процентном отношении уровню 2019 года. Почти в два раза увеличилась численность детей с РАС, обучающихся в условиях инклюзии с применением модели «Ресурсный класс», — 1402 человека (7,0%) [7].

К сожалению, выросло в абсолютном значении число обучающихся на дому на 1387 человек, но долевое значение осталось на уровне 2019-го года: 37% школьников, для которых образование организовано в формате индивидуального обучения на дому.

Доля детей с РАС, получающих начальное, основное и среднее общее образование в различных формах в 2020 году:

- общеобразовательные (инклюзивные) классы — 15% (3016 детей),
- общеобразовательные (инклюзивные) классы с применением модели «Ресурсный класс» — 7% (1402 ребенка),
- отдельные (коррекционные) классы — 41% (8103 ребенка),
- индивидуальное обучение на дому — 37% (7331 ребенок).

В связи с ростом числа детей с РАС, обучающихся в формате индивидуального обучения на дому, а также с ограничениями, введенными в различных регионах России в связи пандемией COVID-19, необходимо обратить внимание на данные о численности обучающихся с РАС по формам обучения.

Согласно данным регионов, очно получают образование 90% всех обучающихся с РАС. Большинство детей, получающих образование на дому, включены в статистическую отчетность как обучающиеся в очном формате.

Существовавшие в 2020 году риски массового перевода обучающихся с РАС на заочную и очно-заочную форму обучения, связанные с введением ограничений в условиях пандемии, нивелированы. Временный перевод всех учащихся на дистанционное обучение по решению Правительства России в период ужесточения «карантинных» мер в апреле-мае 2020 года не привел к изменению формы обучения детей с РАС: сохранился приоритет очной формы.

В целом, показатели включенности детей с РАС в очный формат обучения, соответствующий их особым образовательным потребностям, не только сохранились, но и выросло в 2020 году на 3% по сравнению с 2019-м годом.

Обеспеченность обучающихся с РАС специалистами

В результате анализа данных мониторинга выявлено, что кадровая проблема по обеспечению специалистами детей и обучающихся с РАС сохраняется (таблица 6).

Показатели обеспеченности кадрами хотя и выросли в абсолютных значениях, в процентном отношении остались примерно на уровне прошлого года. Так, например, те же 80% учащихся с РАС (в 2020 году это 23341 человека) получают необходимую психологическую поддержку педагогов-психологов. 19137 детей с РАС (66%) получают услуги логопеда; в 2019-м году этот показатель составил 65%. 55% детей с РАС (16136) получают помощь дефектолога; положительная динамика составила 3,5%. Не изменилась ситуация и с обеспеченностью детей помощью социальных педагогов: их поддержку получают 45% (13113) детей с РАС.

Таблица 5

Численность детей, получающих начальное, основное и среднее общее образование по различным моделям организации образования

Модель организации образования /год	2018	2019	2020
Общеобразовательные (инклюзивные) классы	2118	2370	3016
Общеобразовательные (инклюзивные) классы с применением модели «Ресурсный класс»	529	758	1402
Отдельные (коррекционные) классы	5461	6767	8103
Индивидуальное обучение на дому	5138	5944	7331

Таблица 6

Численность детей с РАС, получающих сопровождение специалистов (обеспеченность обучающихся с РАС специалистами)

Специалист / год	2018	2019	2020
Педагог-психолог	14940	18532	23341
Учитель-дефектолог	9926	11904	16136
Учитель-логопед	12352	14914	19137
Социальный педагог	8738	10443	13113
Тьютор	1926	2999	5453
Ассистент (помощник)	700	925	1722

Увеличение числа сопровождаемых тьюторами детей почти на 2500 человек изменило ситуацию в процентном отношении по сравнению с 2019 годом и в 2020 году составило почти 19% (в 2019 году — менее 13%) от общей численности обучающихся с РАС. Тем не менее, следует признать, что состояние дел в Российской Федерации с обеспечением лиц с РАС тьюторским сопровождением и в 2020-м году кардинально не изменилось. В итоге всего 1/5 часть детей получают поддержку тьютора.

Трудности организации сопровождения связаны, в том числе, и с нехваткой подготовленных кадров. Результаты мониторинга показали, что более чем 24448 педагогам различных специальностей, работающим с лицами, имеющими РАС, необходимо пройти соответствующие курсы повышения квалификации по направлениям их деятельности.

Поправочные (корректирующие) коэффициенты финансирования

В целях выявления финансового обеспечения создания необходимых специальных образовательных условий для обучающихся с РАС в мониторинг был включен параметр наличия в субъектах поправочных (корректирующих) коэффициентов подушевого финансирования образования обучающихся с РАС по категориям: для имеющих статус ОВЗ и для имеющих статус ребенка-инвалида (таблицы 7, 8).

Об отсутствии в субъекте поправочных (корректирующих) коэффициентов финансирования образования обучающихся с РАС заявили 23 региона.

Большинство регионов, применяющих коэффициенты, ориентированы на установление коэффициентов в размере от 0,1 до 4, равномерно распределяя их между всеми уровнями образования. Тем не менее,

есть исключения. Например, Магаданская область установила коэффициент только для начального образования, Ивановская область использует поправочные (корректирующие) коэффициенты для дошкольного и начального образования, не установив их для основного общего. В Новосибирской и Челябинской областях коэффициент не применяется в системе дошкольного образования.

Встречаются и существенные различия между уровнями образования: в Волгоградской области для начального образования установлен коэффициент 18, для основного общего — 14,2, для дошкольного — 4,9.

Таким образом, отмечается очень большой разброс установленных поправочных (корректирующих) коэффициентов финансирования в различных регионах России, что создает неравномерную ситуацию в отношении создания специальных образовательных условий для детей с РАС.

Региональные ресурсные центры по сопровождению детей с РАС

В ходе проведенного мониторинга были проанализированы данные о наличии в субъектах РФ региональных ресурсных центров (далее — РРЦ) по организации комплексного сопровождения детей с РАС, являющихся «опорными» организациями, осуществляющими координирующие функции в регионах по данному направлению работы.

В целом, ситуация с развитием региональных ресурсных центров в различных регионах складывается по-разному. В ходе мониторинга 43 субъекта РФ заявили о существовании в регионе одного или даже нескольких РРЦ. По данным регионов, всего в России действуют 39 РРЦ на базе учреждений образования и социальной защиты, 11 на базе НКО. На базе организаций здравоохранения создано 2 РРЦ в Бурятии

Таблица 7

Наличие в субъектах поправочных (корректирующих) коэффициентов финансирования образования обучающихся с РАС (для имеющих статус ОВЗ)

Уровень образования	Величина коэффициента				
	0	0,1–1,5	1,51–4	4,1–10	более 10
Дошкольное образование	27 регионов	20 регионов	25 регионов	13 регионов	3 региона
Начальное общее образование	23 региона	22 региона	28 регионов	8 регионов	6 регионов
Основное общее образование	28 регионов	22 региона	28 регионов	9 регионов	7 регионов

Таблица 8

Наличие в субъектах поправочных (корректирующих) коэффициентов финансирования образования обучающихся с РАС (для имеющих статус ребенка-инвалида)

Уровень образования	Величина коэффициента				
	0	0,1–1,5	1,51–4	4,1–10	более 10
Дошкольное образование	37 регионов	18 регионов	20 регионов	13 регионов	2 региона
Начальное общее образование	25 регионов	21 регион	33 региона	10 регионов	9 регионов
Основное общее образование	37 регионов	14 регионов	23 региона	10 регионов	4 региона

и Нижегородской области, — впервые в РФ организации здравоохранения взяли на себя функции РРЦ по организации комплексного сопровождения детей с РАС в регионе.

В 5 регионах, в которых созданы несколько РРЦ, отмечаются вариативные пути формирования сети таких центров. В Санкт-Петербурге и Самарской области они созданы только на базе образовательных организаций, в Астраханской области 2 РРЦ работают на базе организаций соцзащиты, в Татарстане 2 центра действуют на базе образовательных организаций, один — в структуре НКО. В Нижегородской области созданы РРЦ по организации комплексного сопровождения детей с РАС не только на базе образовательного учреждения, но и на базе организаций социальной защиты и здравоохранения.

Анализ ситуации в отношении развития сети региональных ресурсных центров в России показывает, что процесс их становления в различных регионах осуществляется неравномерно. В ряде регионов, например, в Астраханской, Белгородской, Волгоградской, Воронежской, Ростовской, Свердловской, Ульяновской областях, структура и содержание деятельности центров соответствуют Методическим рекомендациям Министерства образования и науки РФ «Организация деятельности регионального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра» от 04.07.2017 г. № 07-3464 [5]. Работа во многих центрах проходит этап становления, и такие центры остро нуждаются в консультационной и методической поддержке Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС. Особого внимания требует ситуация в регионах, где созданы несколько РРЦ. Несмотря на благоприятные статистические показатели, вопросы распределения ответственностей, формирования связей и взаимодействия между центрами стоят, как правило, достаточно остро.

Обобщенные результаты мониторинга развития системы образования детей с РАС в России

Проанализированные и обобщенные мониторинговые данные о состоянии помощи детям с РАС в субъектах Российской Федерации подтверждают актуальность дальнейшего развития системы сопровождения детей с РАС в различных регионах и необходимость реализации комплекса мероприятий, направленных на повышение качества их образования:

1. Отмечается недостаточная выявляемость расстройств аутистического спектра, неравномерность развития системы диагностики и статистического учета в различных регионах.

Необходимо обеспечить внедрение в работу организаций различной ведомственной принадлежности (детских поликлиник, ППМС-центров, ПМПК) современных скрининговых инструментов для раннего выявления детей с риском развития РАС и отработать механизмы межведомственного взаимодействия для диагностики РАС.

2. Минимальный охват услугами в системе образования прослеживается на уровне ранней помощи.

Необходима реализация комплекса мероприятий, направленных на развитие сети служб ранней помощи в субъектах РФ и на создание Федерального ресурсного центра по организации ранней помощи, который будет обеспечивать их методическую поддержку.

3. На всех уровнях образования наиболее распространенной моделью остается обучение детей с РАС в отдельных группах / классах для детей с ОВЗ: в дошкольном образовании — в условиях групп компенсирующего вида, в школе — в коррекционных классах, где создаются специальные условия, во многом соответствующие потребностям детей.

Для значительной доли детей с РАС, зачисленных в обычные общеобразовательные школы, создаются условия для перевода на индивидуальное обучение на дому, что не соответствует их образовательным потребностям.

Необходимо развитие инклюзивных моделей образования для учащихся с РАС, включая группы комбинированного вида, ресурсные группы и классы.

4. В условиях пандемии обнаружилась важность разработки и апробации моделей смешанного обучения детей с РАС с преобладанием очного компонента.

5. Сохраняется выраженная трудность организации психолого-педагогического сопровождения детей с РАС в процессе обучения. Для ее устранения необходимо повышение квалификации специалистов ПМПК и образовательных организаций, введение корректирующих (поправочных) коэффициентов финансирования образования обучающихся с РАС в субъектах РФ.

6. Опыт совместной работы ФРЦ, субъектов Российской Федерации и родительских общественных организаций (ассоциаций) показывает, что, несмотря на значительное количество РРЦ, в большинстве из них работа в настоящий момент проходит этап становления.

Необходимо проведение работы по развитию сети региональных ресурсных центров, включая их создание в регионах, в которых они в настоящее время отсутствуют, и продолжение систематического методического сопровождения со стороны ФРЦ уже действующих центров. ■

Литература

1. Всеобъемлющие согласованные усилия по лечению всего спектра нарушений, связанных с аутизмом: Доклад Секретариата № EB133/4: 133 сессия / Всемирная организация здравоохранения: Исполнительный комитет. Женева, 8 апреля 2013 г. 9 с.
2. Лорд К., Раттер М., ДиЛаворе П. и др. ADOS-2: План диагностического обследования при аутизме, 2-я версия: Руководство / Пер. А. Сорокина, Е. Давыдовой, К. Салимовой и др. [Б. м.]: Western Psychological Services: Giunti O.S., 2016. 446 с.
3. Морозов С.А. Комплексное сопровождение лиц с расстройствами аутистического спектра: учебно-методическое пособие. Москва, 2015. 539 с. ISBN 978-5-9907171-8-3.
4. Морозов С.А. О ходе апробации примерной адаптированной основной общеобразовательной программы дошкольного образования детей с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2018. Т. 16. № 4. С. 3–11. DOI:10.17759/autdd.2018160401
5. Организация деятельности регионального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра: Методические рекомендации / Федеральный ресурсный центр по организации сопровождения детей с РАС Московского психолого-педагогического университета. Москва, 2017. 11 л.
6. Приказ № 373: Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования / Министерство просвещения Российской Федерации. 31 июля 2020 г. 13 с.
7. Приказ № 442: Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования / Министерство просвещения Российской Федерации. 28 августа 2020 г. 14 с.
8. Приказ № 1155: Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования [Электронный ресурс] / Министерство образования и науки Российской Федерации. 17 октября 2013 г. 30 с. URL: <http://www.edu.ru/documents/view/57648/> (дата обращения: 02.03.2021).
9. Раттер М., Лё Кутёр Э., Лорд К. ADI-R. Интервью для диагностики аутизма: руководство / Пер. и адаптация О. Донец, А. Моховикова, Д. Переверзевой, А. Сорокина. Под общ. ред. А. Сорокина. [Б. м.]: Western Psychological Services: Giunti O.S., 2014. 122 с. ISBN 978-5-89357-325-1.
10. Хаустов А.В., Шумских М.А. Организация образования обучающихся с расстройствами аутистического спектра в Российской Федерации: результаты Всероссийского мониторинга 2018 года // Аутизм и нарушения развития. 2019. Т. 17. № 3. С. 3–11. DOI:10.17759/autdd.2019170301

References

1. Vseob"emlyushchie soglasovannye usiliya po lecheniyu vsego spektra narushenii, svyazannykh s autizmom: Doklad Sekretariata № EB133/4: 133 sessiya [Comprehensive and coordinated efforts for the management of autism spectrum disorders: Report by the Secretariat № EB133/4: 133rd session] [In Russian] / World Health Organization: Executive Board. Geneva, 8 April 2013. 9 p.
2. Lord C., Rutter M., DiLavore P. et al. ADOS-2: Plan diagnosticheskogo obsledovaniya pri autizme, 2-ya versiya: Rukovodstvo [Autism diagnostic observation schedule: ADOS-2: Manual] / Transl. into Russ. by A. Sorokin, E. Davydova, K. Salimova et al. [S. l.]: Western Psychological Services: Giunti O.S., 2016. 446 p.
3. Morozov S.A. Kompleksnoe soprovozhdenie lits s rasstroistvami autisticheskogo spektra: uchebno-metodicheskoe posobie [Complex support for people with autism spectrum disorders: methodical guide]. Moscow, 2015. 539 p. ISBN 978-5-9907171-8-3.
4. Morozov S.A. O khode aprobatsii primernoj adaptirovannoi osnovnoi obshcheobrazovatel'noi programmy doshkol'nogo obrazovaniya detei s rasstroistvami autisticheskogo spektra [The Progress of Approbation of the Approximate Adapted General Education Program of Preschool Education for Children with Autism Spectrum Disorders]. *Autizm i narusheniya razvitiya [Autism and Developmental Disorders (Russia)]*, 2018, vol. 16, no. 4, pp. 3–11. DOI:10.17759/autdd.2018160401
5. Organizatsiya deyatel'nosti regional'nogo resursnogo tsentra po organizatsii kompleksnogo soprovozhdeniya detei s rasstroistvami autisticheskogo spektra: Metodicheskie rekomendatsii [Organization of activity of a regional resource center for organization of comprehensive support to children with autism spectrum disorders] / Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders. Moscow, 2017. 11 p.
6. Prikaz № 373: Ob utverzhenii Poryadka organizatsii i osushchestvleniya obrazovatel'noi deyatel'nosti po osnovnym obshcheobrazovatel'nym programmam – obrazovatel'nym programmam doshkol'nogo obrazovaniya [Order no. 373: On the approval of the Order of organizing and executing educational activity on the basic general education programs – education programs for preschool education] / Ministry of Education of the Russian Federation. 31 July 2020. 13 p.
7. Prikaz № 442: Ob utverzhenii Poryadka organizatsii i osushchestvleniya obrazovatel'noi deyatel'nosti po osnovnym obshcheobrazovatel'nym programmam – obrazovatel'nym programmam nachal'nogo obshchego, osnovnogo obshchego i srednego obshchego obrazovaniya [Order no. 442: On the approval of the Order of organizing and executing educational activity on the basic general education programs – education programs for elementary general, basic general and middle general education] / Ministry of Education of the Russian Federation. 28 August 2020. 14 p.
8. Prikaz № 1155: Ob utverzhenii federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo standarta doshkol'nogo obrazovaniya [Order no. 1155: On the approval of the Federal state education standard for preschool education] [Web resource] /

Ministry of Education and Science of the Russian Federation. 17 October 2013. 30 p. URL: <http://www.edu.ru/documents/view/57648/> (Accessed 02.03.2021).

9. *Rutter M., Le Couteur A., Lord C.* ADI-R. Interv'y u dlya diagnostiki autizma: rukovodstvo [(ADI-R) Autism Diagnostic Interview—Revised: Guide] / Transl. into Russ. under A. Sorokin. [S. l.]: Western Psychological Services: Giunti O.S., 2014. 122 p. ISBN 978-5-89357-325-1.
10. *Khaustov A.V., Shumskikh M.A.* Organizatsiya obrazovaniya obuchayushchikhsya s rasstroistvami autisticheskogo spektra v Rossiiskoi Federatsii: rezul'taty Vserossiiskogo monitoringa 2018 goda [Organization of Educational Process of Students with Autism Spectrum Disorders in Russian Federation: Results of all-Russian Monitoring 2018]. *Autizm i narusheniya razvitiya* [Autism and Developmental Disorders (Russia)], 2019, vol. 17, no. 3, pp. 3–11. DOI:10.17759/autdd.2019170301

Информация об авторах

Хаустов Артур Валерьевич, кандидат педагогических наук, директор Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра Московского государственного психолого-педагогического университета, Москва, Российская Федерация ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9634-9295>, e-mail: arch2@mail.ru

Шумских Марина Алексеевна, кандидат педагогических наук, заместитель директора Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра Московского государственного психолого-педагогического университета, Москва Российская Федерация ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9878-8558>, e-mail: shumskihma@mgppu.ru

Information about the authors

Artur V. Khaustov, PhD in Education, Director of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9634-9295>, e-mail: arch2@mail.ru

Marina A. Shumskikh, PhD in Education, Deputy Director of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9878-8558>, e-mail: shumskihma@mgppu.ru

Получена 04.03.2021

Received 04.03.2021

Принята в печать 09.03.2021

Accepted 09.03.2021

ИССЛЕДОВАНИЕ И ДИАГНОСТИКА РАС
RESEARCH & DIAGNOSIS OF ASD

**Стандартизированные методы диагностики аутизма:
опыт использования ADOS-2 и ADI-R**

Сорокин А.Б.

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4148-6719>, e-mail: SorokinAB@mgppu.ru

Давыдова Е.Ю.

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5192-5535>, e-mail: DavydovaEJu@mgppu.ru

Самарина Л.В.

Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства
(АНО ДПО ИРАВ), Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8331-1335>, e-mail: larissa30@yandex.ru

Ермолаева Е.Е.

Ассоциация профессионального сообщества и родительских организаций
по развитию ранней помощи, Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7740-7560>, e-mail: evgeniya4@yandex.ru

Антохина К.Ю.

Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства (АНО ДПО ИРАВ),
Санкт-Петербург, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1701-1457>, e-mail: Antohina-ky@eii.ru

Кузембаева Е.А.

Фонд Булата Утемуратова, Аутизм Центр «Асыл Мирас»,
Алматы, Республика Казахстан
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5425-6699>, e-mail: rehab@utemuratovfund.org

Хаустов А.В.

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9634-9295>, e-mail: arch2@mail.ru

Баландина О.В.

«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России (ФГБОУ ВО «ПИМУ»),
Нижний Новгород, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3486-1162>, e-mail: neurorazvitie@yandex.ru

Мамохина У.А.

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2738-7201>, e-mail: Uliana.mamokhina@gmail.com

Стандартизированные диагностические методы для расстройств аутистического спектра используются во всем мире специалистами разных профессий для валидации клинического диагноза, определения диагностической классификации для планирования вмешательства, структурированного сбора информации об особенностях поведения и развития, а также в качестве самостоятельных диагностических инструментов. Два подобных инструмента — «План диагностического обследования при аутизме» ADOS-2 и «Интервью для диагностики аутизма» ADI-R доступны на русском языке. В статье приводится краткое описание инструментов и экспертные оценки специалистов о потенциале и возможных ограничениях в использовании русскоязычных версий ADOS-2 и ADI-R. Предварительные психометрические данные ADOS-2 свидетельствуют о достаточной чувствительности и положительной прогностической значимости для использования как классификационного инструмента наблюдения за поведением. Необходимы дополнительные исследования для подтверждения валидности применения в качестве дифференциально-диагностического метода.

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, диагностика, ADOS-2, ADI-R.

Для цитаты: Стандартизированные методы диагностики аутизма: опыт использования ADOS-2 и ADI-R / Сорокин А.Б. [и др.] // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 1 (70). С. 12–24. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2021190102>

Standardized Diagnostic Instruments for Autism Spectrum Disorders: the Use of ADOS-2 and ADI-R

Alexander B. Sorokin

Moscow State University of Psychology & Education (MSUPE), Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4148-6719>, e-mail: SorokinAB@mgppu.ru

Elizaveta Yu. Davydova

Moscow State University of Psychology & Education (MSUPE), Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5192-5535>, e-mail: DavydovaEJu@mgppu.ru

Larisa V. Samarina

Non-government organization “St. Petersburg Early Intervention Institute”,
Saint-Peterburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8331-1335>, e-mail: larissa30@yandex.ru

Evgenia E. Ermolaeva

Early Intervention Association, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7740-7560>, e-mail: evgeniya4@yandex.ru

Kseniya Yu. Antokhina

Non-government organization “St. Petersburg Early Intervention Institute”,
Saint-Peterburg, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1701-1457>, e-mail: Antokhina-ky@eii.ru

Elena A. Kuzembayeva

Bulat Utemuratov Foundation, Asyl Miras Autism Center,
Almaty, Republic Kazakhstan
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5425-6699>, e-mail: rehab@utemuratovfund.org

Arthur V. Khaustov

Moscow State University of Psychology & Education (MSUPE), Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9634-9295>, e-mail: arch2@mail.ru

Oxana V. Balandina

“Privolzhsy Research Medical University” of the Ministry of Health
of the Russian Federation (FSBEI HE PRMU MOH), Nizhny Novgorod, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3486-1162>, e-mail: neurorazvitie@yandex.ru

Uliana A. Mamokhina

Moscow State University of Psychology & Education (MSUPE), Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2738-7201>, e-mail: Uliana.mamokhina@gmail.com

Standardized diagnostic methods for autism spectrum disorders (ASD) have been internationally used by professionals for diagnosis validation, diagnostic classification for intervention planning, structured collection of behavioral and developmental data as well as stand-alone diagnostic instruments. Recently, two of such instruments — Autism Diagnostic Observation Schedule ADOS-2 and Autism Diagnostic Interview ADI-R — became available in Russian. The article briefly describes both instruments and presents expert assessment of potential and possible limitations of Russian-language ADOS-2 and ADI-R. Preliminary ADOS-2 psychometric data attests to sufficient sensitivity and positive predictive value to be used as an observation instrument. More research is needed to confirm its differential diagnostic ability.

Keywords: autism, autism spectrum disorders, diagnostic, ADOS-2, ADI-R.

For citation: Standardized Diagnostic Instruments for Autism Spectrum Disorders: the Use of ADOS-2 and ADI-R / Sorokin A.B. [et al.]. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2021. Vol. 19. no. 1 (70), pp. 12–24. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2021190102> (In Russ.).

Введение

Расстройства аутистического спектра (РАС) являются одними из самых распространенных нарушений развития. Их распространенность достигает 1 на 59 детей [5]. При этом с проблемами выявления, классификации и описания сталкиваются специалисты разных специальностей. Зачастую клинический диагноз не является достаточным источником информации для выбора программы и определения целей обучения. Для уточнения клинического диагноза и определения образовательной диагностической группы используются стандартизированные методы диагностики аутизма, включающие «Интервью для диагностики аутизма» [21] и «План диагностического обследования при аутизме» ADOS [17], который сейчас доступен во втором издании [16; 18]. Высокие значения чувствительности и специфичности этих инструментов «золотого стандарта» и особенно их совместного применения [11], а также возможность собрать и обобщить большой массив данных, сделали их незаменимыми методами, которыми пользуются специалисты клинических специальностей, учителя и исследователи. С недавнего времени ADI-R [3] и ADOS-2 [1] доступны на русском языке.

Появление подобных инструментов в арсенале специалистов явилось значимым событием, которое в то же время поставило ряд задач, в их числе — апробацию с русскоязычными испытуемыми, обучение специалистов и оценку применимости на русском языке. Учитывая большую востребованность методов и связанные с ними ожидания родителей и специалистов, апробация и обучение проводятся параллельно с внедрением методов в работу организаций, осуществляющих помощь детям с РАС. Настоящий материал представляет предварительные итоги этой работы и знакомит с мнениями специалистов Феде-

рального ресурсного центра по организации сопровождения детей с РАС МГППУ (г. Москва), Института раннего вмешательства (г. Санкт-Петербург), Приволжского исследовательского медицинского университета (ПИМУ; г. Нижний Новгород), Аутизм Центра «Асыл Мирас» (г. Алматы, Республика Казахстан).

Интервью для диагностики аутизма ADI-R давно зарекомендовало себя как надежный метод сбора информации об особенностях поведения и развития ребенка, позволяющий на основании предельных значений установить диагностическую группу в областях «Качественные нарушения социального взаимодействия», «Качественные нарушения общения», «Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные паттерны поведения», а также нарушения развития в возрасте до 36 месяцев [19]. Информация собирается со слов родителя или другого взрослого, хорошо знакомого с особенностями развития и поведения ребенка с рождения до настоящего момента. Интервью организовано в виде почти ста пунктов, каждый из которых представляет собой вопросы и критерии оценки, позволяющие перевести отмеченные особенности развития и поведения в цифровую форму по определенной схеме. Примером пунктов интервью являются «Необычные увлечения» и «Ограниченные интересы», которые открывают главу «Интересы и формы поведения». Специалист, проводящий интервью, отдельно собирает информацию об увлечениях и интересах ребенка в настоящее время и в прошлом, классифицирует их в зависимости от того, насколько необычными они являются по содержанию или по другим качествам (интенсивности и т.д.). Конкретные вопросы касаются как формальной истории этих увлечений и интересов, так и их социального качества и влияния на привычное течение жизни в семье. Особое внимание уделяется тому, изменяются ли увлече-

ния и интересы со временем. Шифры, выставленные на основании полученной информации, переносятся в алгоритм, который выбирается в зависимости от возраста ребенка и цели обследования — диагностической или динамической.

План диагностического обследования при аутизме ADOS-2 представляет собой относительно строго структурированный протокол наблюдения за особенностями поведения ребенка, подростка или взрослого с подозрением на наличие нарушения в спектре аутизма. Для этого испытуемому в игровой форме или в форме естественного общения предлагаются разнообразные задания и темы для обсуждения. Набор заданий зависит от уровня владения экспрессивной речью, который учитывается при выборе модуля. Всего ADOS-2 включает пять модулей: Модуль 1 для детей, которые используют для общения отдельные слова или не пользуются речью вообще, Модуль 2 для детей, которые используют для общения отдельные фразы, и Модуль 3 для детей и подростков, речь которых можно охарактеризовать как беглую. Кроме того, для обследования бегло говорящих взрослых предусмотрены задания, организованные в Модуль 4, а для детей ясельного возраста от 12 до 30 месяцев — в новый модуль Т. При выборе модуля основным критерием является уровень владения экспрессивной речью, однако во внимание принимается также хронологический возраст и уместность материалов.

Примером задания является «Угощение», в котором ребенку предлагаются два типа еды на выбор. Специалист наблюдает, как ребенок выражает просьбу, используя взгляд, жесты, протянутые руки, выражения лица, слова и вокализации. Подробные указания о каждом задании приведены в руководстве к ADOS-2. На основании отмеченных форм поведения специалист заполняет раздел протокола «Шифровка», который включает пункты оценки по пяти областям: «Речь и общение», «Социальное взаимодействие», «Игра» (в модулях Т, 1 и 2) или «Воображение» (в модулях 3 и 4), «Стереотипные формы поведения и ограниченные интересы», «Другие аномальные формы поведения». Затем шифры переносятся в алгоритм, и суммарный балл сравнивается с пороговыми значениями для диагностических групп по ADOS-2 — *аутизм, спектр аутизма и вне спектра аутизма*. Кроме того, существует возможность определить степень выраженности аутистических проявлений по сравнению с другими испытуемыми того же возраста и уровня владения экспрессивной речью с подтвержденным диагнозом в спектре аутизма по десятибалльной шкале, которая распадается на четыре уровня: высокая степень, умеренная степень, низкая степень и минимальная степень/отсутствие симптомов.

Несмотря на хорошие психометрические показатели и большой объем информации, собираемый во время обследования, диагностические группы ADOS-2 или ADI-R не используются изолированно.

Как клиническим специалистам, так и учителям, и исследователям необходимо учитывать информацию из других источников, например, медицинской документации, учебных характеристик, и проявлять разумную осторожность при интерпретации результатов.

Отдельную проблему представляет собой выявление аутизма у детей раннего возраста. Исторически существовало противоречие, когда аутизм, с одной стороны, считался состоянием детства и даже назывался ранним детским аутизмом, а с другой стороны, редко выявлялся в возрасте до трех лет. В последние годы ситуация меняется. Все большее распространение получают методы раннего выявления РАС или предрасположенности к РАС, например, M-CHAT (<https://test.autism.help/>) — опросник, на основании которого можно выявить риск РАС у ребенка 12–30 месяцев. К настоящему времени опубликованы алгоритмы ADI-R для детей, начиная с 12-месячного возраста [14], которые были исследованы с точки зрения надежности и валидности в нескольких странах [8; 10; 15]. Второе издание плана обследования ADOS включает отдельный модуль для обследования детей в возрасте 12-30 месяцев. Учитывая нестабильность диагноза и диагностических классификаций, установленных в раннем возрасте, до 30-месячного возраста клиническим специалистам предлагается не определять диагностическую группу и степень выраженности аутистических проявлений, а ограничиться оценкой того, насколько обоснованным является беспокойство по поводу РАС.

Однако в основном специалисты по-прежнему руководствуются неструктурированными данными. Источники этих данных могут быть разрозненными и недостоверными, поэтому зачастую взгляд на развитие ребенка у специалистов различных направлений отличается. В зависимости от мнения специалистов медицинского или педагогического профиля, отличаются назначения и рекомендации, касающиеся маршрутов помощи семье и ребенку. Некоторые рекомендации могут быть неэффективными при наличии у ребенка РАС. Они отнимают у семьи время и ресурсы, которые могли бы быть потрачены на своевременное начало помощи и включение ребенка в программы ранней помощи с доказанной эффективностью.

Многочисленные исследования подтверждают эффективность программ ранней помощи, направленных на преодоление социально-коммуникативных дефицитов в развитии детей с РАС и с риском РАС. Однако по причине отсутствия единого алгоритма выявления и информирования родителей и специалистов об особенностях развития, связанных с данным диагнозом, большая часть семей с детьми с РАС или риском возникновения РАС по-прежнему остаются без качественной и квалифицированной поддержки. Использование стандартизированных методов диагностики может существенно изменить картину раннего выявления и помощи детям группы

риска: объединить систему медицинской и психолого-педагогической диагностики, сформировать единый для всех специалистов маршрут помощи семьям с детьми, имеющими РАС.

В раннем возрасте значительные затруднения представляет дифференциальная диагностика РАС и других нарушений, таких как общая задержка развития, специфические речевые или психологические нарушения. Стандартизированные методы раннего выявления РАС, например, Модуль Т ADOS-2 или алгоритмы для раннего возраста ADI-R, направлены на определение обоснованности беспокойства родителей и специалистов относительно наличия у ребенка особенностей поведения, свойственных детям с РАС. При взаимодействии специалистов и семьи, работающих по программам ранней помощи, риск развития РАС может снизиться, и необходимо будет уточнение актуального состояния развития ребенка, а также оценка проявлений в динамике, своевременное фиксирование как прогресса, так и нежелательную потерю навыков.

Оригинальные англоязычные версии ADI-R и ADOS-2 отличаются внушительным психометрическим аппаратом, структура их может являться основой для планирования исследований в других странах. К настоящему моменту есть всего несколько исследований, в которых следовали протоколу подтверждения надежности и валидности на других языках [6; 20], из них только одно, подтверждающее и уточняющее психометрические характеристики на основе второго издания ADOS [7]. Необходимость валидации психометрических методик, переведенных на иностранные языки, объясняется культурными и социо-экономическими различиями между странами и популяциями. Валидация повышает привлекательность методов для специалистов как исследовательского, так и клинического профиля, однако она не должна обязательно приводить к изменению в методике. В международном научном контексте ценным является подтверждение достаточной надежности и валидности оригинального психометрического аппарата, обеспечивающих сравнимость научных работ в разных странах.

Одним из преимуществ стандартизированных методов является их потенциальная международная сравнимость. В разных странах сложились свои диагностические и описательные традиции, отличаются не только подходы к классификации, но и профессиональные группы, которые проводят диагностические мероприятия. С одной стороны, национальный опыт нельзя не учитывать, тем более что он часто позволяет оказать более качественную помощь людям с аутизмом. С другой стороны, сильное расхождение в диагностической практике изолирует национальную систему помощи, что особенно заметно ученым, которые проводят исследования для публикации в международных журналах, планируют участие в международных консорциумах и т.д. Необходимость

сравнимости на международном уровне стала причиной того, что грантодатели и научные журналы требуют валидизацию клинического диагноза при помощи стандартизированных методов, чаще всего ADOS-2 и ADI-R. При этом не следует рассматривать это требование как конкуренцию или противодействие, так как соединение национальных диагностических традиций, — в России это преимущественно клиническое наблюдение врачом-психиатром, — с принятыми в мировой практике стандартизированными методами позволяет включиться в международное исследовательское поле и получить всестороннюю информацию об особенностях развития и поведения человека с РАС, снизив таким образом неизбежную субъективность экспертного мнения, высказанного одним специалистом.

Согласно протоколу, ADOS-2 должен проводиться на родном языке обследуемого ребенка или взрослого, вопросы ADI-R также должны быть понятны взрослому, предоставляющему информацию о развитии и поведении ребенка, поскольку перевод во время интервью может привести к недостоверному переводу полученных данных в цифровую форму. К счастью, ADOS-2 и ADI-R переведены более чем на двадцать языков и используются по всему миру. Во многих странах, до того как стандартизированные методы появляются на местных языках, специалисты обучаются им на английском языке или, например, на русском языке в странах, где русский используется наряду с другими языками. В таких многонациональных странах как Россия, или в некоторых бывших советских республиках, скорее всего, придется искать компромисс использования стандартизированных методик: пока они доступны только на русском языке. Если приходится проводить обследование или интервью не на родном языке или прибегая к переводу, специалистам необходимо понимать ограничения в интерпретации результатов и указывать подобное отступление от протокола в заключении.

Эти и другие аспекты использования стандартизированных методов были затронуты в экспертных оценках специалистов, выступивших авторами этой статьи. Результаты приведены ниже.

Методы

Пилотное исследование основывалось на данных обследования 534 детей при помощи ADOS-2. Помимо учащихся школы ФРЦ по организации комплексного сопровождения детей с РАС МГППУ, для участия в проекте приглашались волонтеры из других учебных организаций Москвы и Московской области. Кроме того, анонимные данные обследования предоставили партнерские организации, в числе которых была Университетская клиника ПИМУ, центр Асыл Мирас, Институт раннего вмешательства.

Всего были проанализированы данные 303 детей, обследованных при помощи Модуля 1 ADOS-2, 93 детей, обследованных при помощи Модуля 2 ADOS-2, 76 детей, обследованных при помощи Модуля 3 ADOS-2, а также 62 детей (15 мальчиков, 4 девочки, 43 — пол неизвестен; возраст от 1 года 3 месяцев до 3 лет 3 месяцев), обследованных при помощи модуля Т ADOS-2 для детей ясельного возраста. Возраст и распределение клинических диагнозов испытуемых, обследованных с помощью Модулей 1, 2 и 3, приведены в *таблице 1*. Информация о поле и возрасте была доступна не для всех испытуемых из выборок партнерских организаций.

Чувствительность и положительная прогностическая значимость рассчитывались как отношение истинно положительных к сумме истинно положительных и ложно отрицательных результатов или отношение истинно положительных к сумме истинно и ложно положительных результатов соответственно. Истинно положительными считались случаи, для которых диагностическая группа ADOS-2 *аутизм* или *спектр аутизма* совпадала с клиническим диагнозом F84.0 детский аутизм, F84.1 атипичный аутизм или F84.5 синдром Аспергера по МКБ-10 [2], а также с описательными диагнозами, не соответствовавшими формулировкам диагностических классификаций, но содержащими слово аутизм/аутистический/аутичный, установленными в медицинском учреждении. Истинно отрицательными считались случаи, для которых диагностическая группа ADOS-2 *вне спектра аутизма* совпадала с отсутствием клинического диагноза F84.0 детский аутизм, F84.1 атипичный аутизм, F84.5 синдром Аспергера по МКБ-10 или описательного диагноза, содержавшего слово аутизм/аутистический/аутичный. Ложно положительными считались случаи, для которых диагностическая группа ADOS-2 *аутизм* или *спектр аутизма* не совпадала с клиническим диагнозом, установленным в медицинском учреждении (F84.0 детский аутизм, F84.1 атипичный аутизм, F84.5 синдром Аспергера и др.) В рамках данного исследования диагностические группы ADOS-2 *спектр аутизма* и *аутизм* были объединены, так как в литературе есть разногласия относительно целесообразности подобного разделения при использовании новых алгоритмов ADOS [7; 9], и его изучение выходит за рамки представляемого исследования.

Впервые была обследована когорта детей ясельного возраста при помощи модуля Т ADOS-2. Для

этого возраста определяется не диагностическая группа, а выявляется степень обоснованности беспокойства по поводу наличия у ребенка расстройства в спектре аутизма. В зависимости от сырого балла выделяются диапазоны: от умеренного до высокого уровня, от низкого до умеренного уровня и от отсутствия признаков до незначительного уровня [4]. В исследование модуля Т были включены дети, родители которых обращались с запросом о наличии нарушения развития (не обязательно в спектре аутизма). Всего было обследовано 124 ребенка. Подробный отчет об этой работе будет представлен в отдельной публикации.

Оценка согласованности проводилась для 22 обследований при помощи Модуля 3 ADOS-2, для которых были доступны результаты шифровки двумя специалистами. Рассчитывался критерий капша: как отношение разности между наблюдаемой согласованностью (P_0) и ожидаемой вероятностью случайной согласованности (P_e) к разности между единицей и ожидаемой вероятностью случайной согласованности (P_e). При этом P_0 — наблюдаемая согласованность (отношение количества совпадающих оценок экспертов к общему количеству оценок); P_e — ожидаемая вероятность случайной согласованности (сумма произведений количества одинаковых оценок двух экспертов, деленная на квадрат общего количества оценок).

Опыт исследовательского и клинического использования стандартизированных методов был обобщен специалистами в трех контекстах — раннего вмешательства, специализированной медицинской помощи и комплексного сопровождения в двуязычном контексте. Для этого авторами был применен метод экспертной оценки в виде письменного заключения об опыте Института раннего вмешательства (г. Санкт-Петербург), ПИМУ (г. Нижний Новгород) и Аутизм Центра «Асыл Мирас» (г. Алматы, Республика Казахстан).

Результаты

В пилотной части исследования чувствительность ADOS-2 для всех исследованных модулей вместе составила 89%, а положительная прогностическая значимость — 87% для пороговых значений спектр аутизма для каждого модуля и клинического диагноза аутизм и других нарушений в главе F84 МКБ-

Таблица 1

Характеристика выборки для Модулей 1, 2 и 3 (ADOS-2) с указанием клинического диагноза, пола, возраста (N — число испытуемых, M — среднее значение)

Клинический диагноз	Диагноз в спектре аутизма	Вне спектра аутизма (другие нарушения развития и типичное развитие)
N	408	64
Возраст M , лет (размах возраста, лет)	5,73 (2–17)	5,33 (2–14)

10, сюда же добавлялись описательные диагнозы со словом аутизм/аутистический/аутичный, которые не соответствовали формулировкам диагностических классификаций. Для отдельных модулей эти значения приведены в *таблице 2*.

Дети ясельного возраста распределились по диапазонам уровня беспокойства от незначительного до высокого, это распределение представлено в *таблице 3*.

Для 22 пар наблюдений процедуры Модуля 3 были получены следующие результаты по процентной согласованности и критерию каппа. Процентная согласованность для 12 шифров из 29 превышала 70%, в одном случае достигала 100%. Для этих шифров рассчитывался критерий каппа. Значение каппа превышало 0,60 для трех шифров: А1 (Общий уровень неотраженной речи), А5 (Предоставление информации) и Е2 (Вспышки гнева, агрессии, негативное или плохое поведение). В остальных случаях значение каппа превышало 0,45.

В экспертной оценке специалистов Университетской клиники ПИМУ использование стандартизированных диагностических методов связывалось с проектом клинических рекомендаций, разработанных Ассоциацией психиатров и психологов за научно обоснованную практику. Проект был одобрен в июле 2020 года Научно-практическим советом Минздрава России, он включает диагностические методы с высокими уровнями убедительности рекомендаций и достоверности доказательств, в результате широта использования стандартизированных методов будет расти. Сложность диагностики аутизма с точки зрения психиатра вызвана несколькими причинами. Прежде всего, четких критериев для постановки диагноза, на которые мог бы опираться врач, сейчас нет. Самыми подробными являются критерии DSM-5, в них прописано, какие нарушения относятся к социальному взаимодействию, к коммуникативным нарушениям, к стереотипиям, и скольким критериям из каждой группы должно соответствовать поведение ребенка, чтобы можно было говорить о расстройстве аутистического спектра. Но

врачи не обязаны пользоваться этой классификацией, в России до сих пор применяется классификация МКБ-10, а через несколько лет будет использоваться МКБ-11. То есть, система помощи сейчас находится в процессе перехода. В такой ситуации диагностические методики позволяют объективизировать диагноз, так как появляется возможность перейти от субъективного мнения одного доктора к более обоснованному суждению. Это особенно актуально в спорных случаях, например, когда ребенок находится в пограничной зоне или он еще маленький, 2,5–3 года. И здесь для объективизации нарушений, которые психиатр видит на своем приеме, очень хорошим подспорьем являются стандартизированные методы. ADOS-2 и ADI-R являются трудоемкими и сложными для проведения методами, в этом их основное ограничение для массового применения. Но они должны использоваться как инструмент дифференциальной диагностики. В центрах, которые занимаются нарушениями развития и психическим здоровьем детей, должна быть возможность провести подробное обследование для уточнения диагноза в спорных случаях в качестве подспорья для экспертного заключения. В идеале, в каждом районе должно быть место, например, поликлиника, куда можно направить семью для обследования квалифицированным специалистом. В клинике ПИМУ работает большая междисциплинарная команда врачей, психологов и педагогов, подробное обследование с использованием ADOS-2 проводится не у всех детей, а в случаях, когда необходимо уточнение, например, когда мнения коллег расходятся. Другой распространенной ситуацией является внешний запрос. Например, специалисты ПМПК знают о возможностях клиники и просят предоставить результаты диагностики с применением стандартизированных методов в качестве объективного подтверждения того, что у ребенка есть расстройство аутистического спектра. Еще одной областью, в которой стандартизированные методы показали свою ценность, является подготовка специалистов. ADOS-2 используется в обучении молодых докторов, которые присутствуют на

Таблица 2

Значения чувствительности и положительной прогностической значимости для модулей ADOS-2

Наименование модуля	Модуль 1	Модуль 2	Модуль 3
Чувствительность	93%	81%	83%
Положительная прогностическая значимость	86%	89%	90%

Таблица 3

Распределение испытуемых, обследованных при помощи Модуля Т, по диапазонам уровня беспокойства

Диапазон уровня беспокойства	Число детей
Диапазон от умеренного до высокого уровня	43
Диапазон от низкого до умеренного уровня	14
Диапазон от отсутствия признаков до незначительного уровня	5
Всего	62

обследованиях, изучают видеозаписи и на примере ADOS-2 знакомятся с методом проведения психиатрического обследования. Преподаватели обучают интегрировать элементы ADOS-2 и похожие на них в процедуру обследования. Тем более, что есть много пересечений ADOS-2 и традиционных подходов к выявлению социальных и коммуникативных нарушений. Врачи-психиатры начинают понимать ценность продолжительного наблюдения, понимают, что ребенок не всегда за 15 минут может продемонстрировать способности и возможности, особенно в случаях, когда, по свидетельствам родителей, у ребенка есть поведение, которое во время относительно короткого приема не наблюдается. В таких случаях проще и полезнее направить на дополнительное обследование, где ребенку будет уделено 50 минут. Результаты обследования, которые сами по себе не являются диагнозом, а диагностической категорией по ADI-R или ADOS-2, должны правильно интерпретироваться как специалистами, так и родителями ребенка. В любом случае, заключение, составленное по результатам структурированного обследования, является достаточным основанием для начала занятий, которые могут начаться до подтверждения диагноза врачом.

Экспертная оценка потенциала для использования стандартизированных методов у детей раннего возраста опиралась на опыт Санкт-Петербургского института раннего вмешательства, в котором успешно реализуется алгоритм включения детей с высоким риском РАС и их семей в программу помощи, основанную на Денверской модели раннего вмешательства. Риск РАС определяется специалистами, прошедшими обучение по использованию стандартизированной методики диагностики аутизма ADOS-2, на одном из первых этапов дифференциальной диагностики и включения ребенка в программу помощи. Таким образом, при обсуждении с родителями возможных причин нарушений в развитии ребенка и вариантов помощи дифференциальная диагностика аутизма является объективным основанием для выбора данного маршрута. С психологической точки зрения, ранняя диагностика с использованием стандартизированных методик позволяет родителям наиболее плавно подойти к принятию диагноза РАС у ребенка в случае, если он подтвердится, в партнерстве со специалистами уделить должное внимание преодолению базовых социально-коммуникативных дефицитов, что облегчит дальнейшую работу по развитию навыков ребенка.

Возможность внедрения стандартизированных методов в странах, где русский язык может являться языком общения специалиста с семьей, оценили эксперты Аутизм Центров «Асыл Мирас» в Республике Казахстан. В этих центрах действуют шесть программ вмешательства: «Ранняя поддержка», «Развитие обучающих навыков», «Развитие жизненных навыков», «Развитие социальных

навыков», «Джаспер» и «Интенсивный курс». Все программы применяют прикладной анализ поведения и имеют своё специфическое направление для развития навыков у детей с РАС, а также обучают их родителей. На основании результатов обследования происходит распределение детей по программам. Чаще всего в программу «Ранняя поддержка» отбираются дети, которые прошли обследование по методике ADOS-2 Модуль Т (от 12 до 31 месяца) и имеют уровень основания для беспокойства в диапазоне от низкого до умеренного уровня или от умеренного до высокого уровня. Если у ребенка низкий уровень аутистических проявлений, и он проявляет интерес к игрушкам, но имеется потребность в развитии навыков коммуникации и взаимодействия в игровой деятельности, то ребенка направляют в программу JASPER (по первым буквам Joint Attention, Symbolic Play, Engagement & Regulation – совместное внимание, символическая игра, вовлеченность, регуляция [12; 13]). Дети, прошедшие обследование по Модулям 2 (фразовая речь) и 3 (беглая речь), преимущественно относятся к программе «Развитие социальных навыков». После обследования по Модулю 1 (довербальный уровень/отдельные слова) дети встают на очередь в программы «Развитие обучающих навыков» и «Развитие жизненных навыков». Ребенок с диагностической группой «спектр аутизма», с низкой степенью выраженности аутистических проявлений по сравнительным шкалам и с минимальным активным словарем направляется в программу JASPER. Таким образом, сочетание модуля ADOS-2 с диагностической группой, выявленной в результате структурированного обследования, определяет маршрут предоставления квалифицированной помощи в центрах. Так как в Аутизм Центрах «Асыл Мирас» большой спрос на диагностическое обследование по методике ADOS-2, то по итогам курса интервенции повторное обследование не проводится ввиду большой очереди на первичный прием.

Консультирование родителей и детей в диагностической службе во всех Аутизм Центрах «Асыл Мирас» проводится на двух языках: казахском и русском. Для диагностического обследования используется ADOS-2, который в 70–80% случаев проводится на русском языке. В это число входят две группы детей, в семьях которых разговаривают только на русском языке, и двуязычные семьи. Казахстан многонациональное государство, где в семьях используют речь на русском языке наряду с речью на родном языке. Так, есть дети, у которых родной язык казахский, но обучаются и говорят дома на русском языке. Чаще всего реакция у таких детей на речь на русском языке лучше, чем на речь на казахском языке. В таких случаях для обследования по методике ADOS-2 на русском языке специалисты обращают внимание, как реагирует ребенок с

билингвизмом на речь на том или ином языке. Пока стандартизированные методы недоступны на казахском языке, такая практика зарекомендовала себя как разумный компромисс.

Обсуждение

Одним из основных достоинств ADI-R и ADOS-2 является высокая прогностическая валидность, а именно значения чувствительности, специфичности и положительной прогностической значимости. Чувствительность снижается при увеличении числа ложно отрицательных результатов, а специфичность и положительная прогностическая значимость снижаются при увеличении числа ложно положительных результатов. Например, в случае сравнения диагностической группы по ADOS-2 с установленным клиническим диагнозом аутизм максимальная чувствительность будет указывать на то, что все дети с диагнозом аутизм будут выявлены и попадут в соответствующую диагностическую группу ADOS-2, максимальная специфичность будет указывать на то, что дети без аутизма не попадут в диагностическую группу аутизм, а максимальная положительная прогностическая значимость будет указывать на то, что у детей диагностической группы ADOS-2 аутизм действительно есть клинический диагноз аутизм. Чувствительность на уровне 70% и выше считается достаточной для диагностических инструментов [22]. По данным представляемого исследования чувствительность и положительная прогностическая значимость русскоязычного варианта ADOS-2 значительно превышали этот порог.

Разумную осторожность следует проявлять при интерпретации данных о прогностической валидности, так как расчет показателей производился относительно клинического диагноза из медицинской документации. Эти диагнозы соответствовали диагностическим критериям классификации МКБ-10, в то время как при валидации оригинальной версии диагноз ставился на основании критериев DSM-IV. В нашем исследовании для большинства испытуемых была доступна только информация об основном диагнозе, часто без указания сопутствующих состояний, в том числе аутизма, то есть не было возможности более внимательного отношения к коморбидным и нетипичным случаям.

Стабильность ADOS-2 требует дополнительного исследования, однако в экспериментальной выборке данной работы были дети, обследованные при помощи ADOS-2 с большим перерывом. В одном случае ребенок первый раз был обследован в 2014 году, а второй раз в 2018 году. За эти годы уровень владения экспрессивной речью изменился, и вместе с ним изменился модуль для обследования: с модуля 1 (отдельные слова) до модуля 3 (беглая речь). Диагностическая группа при этом осталась прежней (аутизм),

сырой балл в 2014 году – 13 (ADOS), а в 2018 году – 16 (ADOS-2).

В оригинальном издании ADOS-2 валидность модуля Т исследовалась относительно диагностической категории, полученной при анализе всей информации о ребенке из разных источников, которая являлась оптимальным приближением (best estimate) к клиническому диагнозу. В России установление диагноза в спектре аутизма детям до трех лет имеет слишком недолгую историю, и соответствующие данные были доступны лишь для единичных случаев. Категории, установленные в рамках этого проекта, войдут в планируемое лонгитюдное исследование, предполагающее подтверждение или опровержение диагноза в спектре аутизма у ребенка более старшего возраста.

Поскольку ADI-R и ADOS-2 используются диагностами разных специальностей с разным уровнем опыта, необходимо, чтобы результаты, полученные экспертами, были согласованы, то есть не различались в зависимости от индивидуальных особенностей наблюдателя. Для оценки согласованности мнений двух экспертов могут использоваться показатели процентной согласованности и критерий каппа (каппа Коэна).

Для проведения анализа этих показателей необходимо, чтобы два (или более) эксперта, наблюдающих процедуру ADOS-2, независимо предоставили свои оценки по каждому пункту шифровки. Процентная согласованность рассчитывается как выраженное в процентах отношение количества совпадающих оценок двух экспертов к общему количеству их оценок. Критерий каппа считается более надежным, чем процентная согласованность, так как он учитывает возможность случайного совпадения оценок экспертов. Показатель каппа может варьировать от -1 до 1 (при этом в практике значения ниже нуля встречаются редко, так как это указывает на уровень согласованности ниже случайного). В случае, если оценки экспертов полностью согласованы, каппа принимает значение 1. Значения более 0,60 являются достаточными для признания оценок экспертов согласованными.

Результаты свидетельствуют о достаточной согласованности на данном уровне внедрения ADOS-2 на русском языке. Согласованность оригинальной версии ADOS-2, как и другие психометрические показатели, изучалась на основании шифров опытных пользователей ADOS-2, владеющих методикой на исследовательском уровне и подтвердивших сходимость шифров протокола и алгоритма ADOS-2 на уровне не менее 80%. Специалисты данного исследования не имели подобного опыта, многие из них были начинающими пользователями ADOS-2. Как и другие психометрические показатели ADOS-2, вопрос согласованности требует отдельного исследования в национальном мультицентровом валидизационном проекте.

Экспертные оценки использования стандартизированных методов специалистами показали потенциал инструментов в работе в разнообразных профессиональных и организационных контекстах. В Университетской клинике ПИМУ ADOS-2 нашел широкое применение при уточнении клинического диагноза в работе междисциплинарной команды специалистов, а также при обучении врачей. Специалисты Санкт-Петербургского института раннего вмешательства применяют Модуль Т ADOS-2 при обследовании детей ясельного возраста при внедрении комплексных методов помощи, опираясь не только на диагностическую классификацию, но и на массив собранных данных о поведении ребенка. В Аутизм Центрах «Асыл Мирас» обследование при помощи ADOS-2 является центральным диагностическим мероприятием, результаты которого используются при распределении детей по программам помощи.

Обобщая экспертные оценки, можно с уверенностью утверждать, что доступность на русском языке ADOS-2 и ADI-R повышает возможности предоставления качественной помощи людям с аутизмом как непосредственно на индивидуальном уровне, так и в долгосрочной перспективе, давая отечественным ученым инструменты валидации диагноза, использование которых позволяет планировать исследования, в том числе по подтверждению эффективности вмешательств.

Полученные данные по прогностической валидности ADOS-2 станут основой для внедрения «Плана диагностического обследования при аутизме» в работу специалистов широкого профиля, сделают возможным подключение российских исследователей к международным мультицентровым научным проектам и повысят выявляемость и качество описания на-

рушений спектра аутизма в Российской Федерации и странах ближнего зарубежья.

Заключение

Исследование прогностической валидности ADOS-2 показало применимость инструмента на русском языке, при этом был заложен фундамент для подтверждения психометрических характеристик в национальном мультицентровом проекте. Неравномерность наполнения групп требует осторожности при интерпретации данных о прогностической валидности ADOS-2, однако следует отметить, что полученные значения чувствительности и положительной прогностической значимости превышают 80% и, таким образом, находятся в допустимых для диагностических инструментов пределах.

Ограничения этого проекта связаны с небольшим объемом групп сравнения и достоверностью клинического диагноза, относительно которого рассчитывались показатели валидности. Кроме того, дополнительные исследования необходимы для установления надежности, в том числе с применением тест-ретест подхода. Возможно, в будущем будут предложены предельные значения для отдельных алгоритмов ADOS-2 с лучшими психометрическими характеристиками, чем в оригинальной версии. Эти задачи будут решаться по мере накопления данных и повышения профессиональной компетентности специалистов, в том числе в рамках национальных мультицентровых проектов.

На основании полученных данных можно рекомендовать использование ADOS-2 в исследовательских и клинических целях специалистами медицинского и психолого-педагогического профиля. ■

Литература

1. Лорд К., Раммер М., ДиЛаворе П. и др. ADOS-2: План диагностического обследования при аутизме, 2-я версия: Руководство / Пер. А. Сорокина, Е. Давыдовой, К. Салимовой и др. [Б. м.]: Western Psychological Services: Giunti O.S., 2016. 446 с.
2. Психические расстройства и расстройства поведения (F00–F99): Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Казаковцева Б.А., Голланда В.Б. Москва: Минздрав России, 1998. 512 с.
3. Раммер М., Лё Кутёр Э., Лорд К. ADI-R. Интервью для диагностики аутизма: руководство / Пер. и адаптация О. Донец, А. Моховикова, Д. Переверзевой, А. Сорокина. Под общ. ред. А. Сорокина. [Б. м.]: Western Psychological Services: Giunti O.S., 2014. 122 с. ISBN 978-5-89357-325-1.
4. Сорокин А.Б., Давыдова Е.Ю. Изучение особенностей поведения и общения у детей ясельного возраста с подозрением на наличие расстройства в спектре аутизма при помощи «Плана диагностического обследования при аутизме» ADOS-2 // Аутизм и нарушения развития. 2017. Т. 15. № 2. С. 38–44. DOI:10.17759/autdd.2017150204
5. Baio J., Wiggins L., Christensen D.L. et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, 2018, vol. 67, no. 6, pp. 1–23. DOI:10.15585/mmwr.ss6706a1
6. Bölte S., Poustka F. Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS): Erste Ergebnisse zur Zuverlässigkeit und Gültigkeit [Diagnostic observation scale for autistic disorders: initial results of reliability and validity]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie [Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy]*, 2004, vol. 32, no. 1, pp. 45–50. DOI:10.1024/1422-4917.32.1.45
7. Chojnicka I., Pisula E. Adaptation and Validation of the ADOS-2, Polish Version. *Frontiers in Psychology*, 2017, vol. 8, article no. 1916. 14 p.
8. Chojnicka I., Pisula E. Cross-Cultural Validation of the Polish Version of the ADI-R, Including New Algorithms for Toddlers and Young Preschoolers. *Child Psychiatry and Human Development*, 2019, vol. 50, no. 4, pp. 591–604. DOI:10.1007/s10578-018-00865-2

9. De Bildt A., Sytema S., van Lang N.D.J. et al. Evaluation of the ADOS Revised Algorithm: The Applicability in 558 Dutch Children and Adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2009, vol. 39, no. 9, pp. 1350–1358. DOI:10.1007/s10803-009-0749-9
10. De Bildt A., Sytema S., Zander E. et al. Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) Algorithms for Toddlers and Young Preschoolers: Application in a Non-US Sample of 1,104 Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2015, vol. 45, no. 7, pp. 2076–2091. DOI:10.1007/s10803-015-2372-2
11. Falkmer T., Anderson K., Falkmer M., Horlin C. Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2013, vol. 22, no. 6, pp. 329–340. DOI:10.1007/s00787-013-0375-0
12. Goods K.S., Ishijima E., Chang Y.C., Kasari C. Preschool based JASPER intervention in minimally verbal children with autism: Pilot RCT. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2013, vol. 43, no. 5, pp. 1050–1056. DOI:10.1007/s10803-012-1644-3
13. Kasari C., Freeman S., Paparella T. Joint attention and symbolic play in young children with autism: a randomized controlled intervention study [published correction appears in: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007, vol. 48, no. 5, p. 523]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006, vol. 47, no. 6, pp. 611–620. DOI:10.1111/j.1469-7610.2005.01567.x
14. Kim S.H., Lord C. New autism diagnostic interview-revised algorithms for toddlers and young preschoolers from 12 to 47 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2012, vol. 42, no. 1, pp. 82–93. DOI:10.1007/s10803-011-1213-1
15. Kim S.H., Thurm A., Shumway S., Lord C. Multisite study of new autism diagnostic interview-revised (ADI-R) algorithms for toddlers and young preschoolers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2013, vol. 43, no. 7, pp. 1527–1538. doi:10.1007/s10803-012-1696-4
16. Lord C., Luyster R. J., Gotham K., Guthrie W. Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part II): Toddler Module. Torrance: Publ. Western Psychological Services, 2012. 24 p.
17. Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi S. Autism Diagnostic Observation Schedule: Manual. Los Angeles: Publ. Western Psychological Services, 1999. 446 p.
18. Lord C., Rutter M., DiLavore P. et al. Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part I): Modules 1–4. Torrance: Publ. Western Psychological Services, 2012. 96 p.
19. Ozonoff S., Goodlin-Jones B.L., Solomon M. Evidence-based assessment of autism spectrum disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2005, vol. 34, no. 3, pp. 523–540. DOI:10.1207/s15374424jccp3403_8
20. Papanikolaou K., Paliokosta E., Houliaras G. et al. Using the autism diagnostic interview-revised and the autism diagnostic observation schedule-generic for the diagnosis of autism spectrum disorders in a Greek sample with a wide range of intellectual abilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2009, vol. 39, no. 3, pp. 414–420. DOI:10.1007/s10803-008-0639-6
21. Rutter M., Le Couteur A., Lord C. Autism Diagnostic Interview – Revised: Manual. Los Angeles: Western Psychological Services. 2003. 87 p.
22. Sheldrick R.C., Bennayan J.C., Kiss I.G. et al. Thresholds and accuracy in screening tools for early detection of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2015, vol. 56, no. 9, pp. 936–948. DOI:10.1111/jcpp.12442

References

1. Lord C., Rutter M., DiLavore P. et al. ADOS-2: Plan diagnosticheskogo obsledovaniya pri autizme, 2-ya versiya: Rukovodstvo [Autism diagnostic observation schedule: ADOS-2: Manual] / Transl. into Russ. by A. Sorokin, E. Davydova, K. Salimova et al. [S. l.]: Western Psychological Services: Giunti O.S., 2016. 446 p.
2. Kazakovtsev B.A., Golland V.B. (gen. eds.) Psikhicheskie rasstroistva i rasstroistva povedeniya (F00–F99): Klass V MKB-10, adaptirovannyi dlya ispol'zovaniya v Rossiiskoi Federatsii [Mental and behavioural disorders (F00–F99): Chapter V of ICD-10, adapted for use in the Russian Federation]. Moscow: Publ. Ministry of Health, 1998. 512 p.
3. Rutter M., Le Couteur A., Lord C. ADI-R. Interv'yu dlya diagnostiki autizma: rukovodstvo [(ADI-R) Autism Diagnostic Interview–Revised: Guide] / Transl. into Russ. under A. Sorokin. [S. l.]: Western Psychological Services: Giunti O.S., 2014. 122 p. ISBN 978-5-89357-325-1.
4. Sorokin A.B., Davydova E.Yu. Izuchenie osobennosti povedeniya i obshcheniya u detei yasel'nogo vozrasta s podozreniem na nalichie rasstroistva v spektre autizma pri pomoshchi «Plana diagnosticheskogo obsledovaniya pri autizme» ADOS-2 [Autism Diagnostic Evaluation Schedule (ADOS-2) for Evaluation of Behavior and Communication in Toddlers with Concern of Autism Spectrum Disorder]. *Autizm i narusheniya razvitiya [Autism and developmental disorders (Russia)]*, 2017, vol. 15, no. 2, pp. 38–44. DOI:10.17759/autdd.2017150204
5. Baio J., Wiggins L., Christensen D.L. et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, 2018, vol. 67, no. 6, pp. 1–23. DOI:10.15585/mmwr.ss6706a1
6. Bölte S., Poustka F. Diagnostische Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS): Erste Ergebnisse zur Zuverlässigkeit und Gültigkeit [Diagnostic observation scale for autistic disorders: initial results of reliability and validity]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie [Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy]*, 2004, vol. 32, no. 1, pp. 45–50. DOI:10.1024/1422-4917.32.1.45
7. Chojnicka I., Pisula E. Adaptation and Validation of the ADOS-2, Polish Version. *Frontiers in Psychology*, 2017, vol. 8, article no. 1916. 14 p.

8. *Chojnicka I., Pisula E.* Cross-Cultural Validation of the Polish Version of the ADI-R, Including New Algorithms for Toddlers and Young Preschoolers. *Child Psychiatry and Human Development*, 2019, vol. 50, no. 4, pp. 591–604. DOI:10.1007/s10578-018-00865-2
9. *De Bildt A., Sytema S., van Lang N.D.J. et al.* Evaluation of the ADOS Revised Algorithm: The Applicability in 558 Dutch Children and Adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2009, vol. 39, no. 9, pp. 1350–1358. DOI:10.1007/s10803-009-0749-9
10. *De Bildt A., Sytema S., Zander E. et al.* Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) Algorithms for Toddlers and Young Preschoolers: Application in a Non-US Sample of 1,104 Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2015, vol. 45, no. 7, pp. 2076–2091. DOI:10.1007/s10803-015-2372-2
11. *Falkmer T., Anderson K., Falkmer M., Horlin C.* Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2013, vol. 22, no. 6, pp. 329–340. DOI:10.1007/s00787-013-0375-0
12. *Goods K.S., Ishijima E., Chang Y.C., Kasari C.* Preschool based JASPER intervention in minimally verbal children with autism: Pilot RCT. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2013, vol. 43, no. 5, pp. 1050–1056. DOI:10.1007/s10803-012-1644-3
13. *Kasari C., Freeman S., Paparella T.* Joint attention and symbolic play in young children with autism: a randomized controlled intervention study [published correction appears in: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007, vol. 48, no. 5, p. 523]. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2006, vol. 47, no. 6, pp. 611–620. DOI:10.1111/j.1469-7610.2005.01567.x
14. *Kim S.H., Lord C.* New autism diagnostic interview-revised algorithms for toddlers and young preschoolers from 12 to 47 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2012, vol. 42, no. 1, pp. 82–93. DOI:10.1007/s10803-011-1213-1
15. *Kim S.H., Thurm A., Shumway S., Lord C.* Multisite study of new autism diagnostic interview-revised (ADI-R) algorithms for toddlers and young preschoolers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2013, vol. 43, no. 7, pp. 1527–1538. doi:10.1007/s10803-012-1696-4
16. *Lord C., Luyster R.J., Gotham K., Guthrie W.* Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part II): Toddler Module. Torrance: Publ. Western Psychological Services, 2012. 24 p.
17. *Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi S.* Autism Diagnostic Observation Schedule: Manual. Los Angeles: Publ. Western Psychological Services, 1999. 446 p.
18. *Lord C., Rutter M., DiLavore P. et al.* Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part I): Modules 1–4. Torrance: Publ. Western Psychological Services, 2012. 96 p.
19. *Ozonoff S., Goodlin-Jones B.L., Solomon M.* Evidence-based assessment of autism spectrum disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2005, vol. 34, no. 3, pp. 523–540. DOI:10.1207/s15374424jccp3403_8
20. *Papanikolaou K., Paliokosta E., Houliaras G. et al.* Using the autism diagnostic interview-revised and the autism diagnostic observation schedule-generic for the diagnosis of autism spectrum disorders in a Greek sample with a wide range of intellectual abilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2009, vol. 39, no. 3, pp. 414–420. DOI:10.1007/s10803-008-0639-6
21. *Rutter M., Le Couteur A., Lord C.* Autism Diagnostic Interview – Revised: Manual. Los Angeles: Western Psychological Services. 2003. 87 p.
22. *Sheldrick R.C., Bennayan J.C., Kiss I.G. et al.* Thresholds and accuracy in screening tools for early detection of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2015, vol. 56, no. 9, pp. 936–948. DOI:10.1111/jcpp.12442

Информация об авторах

Сорокин Александр Борисович, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник, Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4148-6719>, e-mail: SorokinAB@mgppu.ru

Давыдова Елизавета Юрьевна, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник, Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5192-5535>, e-mail: DavydovaEJu@mgppu.ru

Самарина Лариса Витальевна, директор, Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства (АНО ДПО ИРАВ), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8331-1335>, e-mail: larissa30@yandex.ru

Ермолаева Евгения Евгеньевна, исполнительный директор, Ассоциация профессионального сообщества и родительских организаций по развитию ранней помощи, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7740-7560>, e-mail: evgeniya4@yandex.ru

Антохина Ксения Юрьевна, руководитель по работе с семьями, логопед, Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства (АНО ДПО ИРАВ), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1701-1457>, e-mail: Antohina-ky@eii.ru

Кузембаева Елена Анатольевна, руководитель Аутизм Центра, Фонд Булата Утемуратова, Аутизм Центр «Асыл Мирас», г. Алматы, Казахстан, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5425-6699>, e-mail: rehab@utemuratovfund.org

Хаустов Артур Валерьевич, кандидат педагогических наук, директор, Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет» (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9634-9295>, e-mail: arch2@mail.ru

Баландина Оксана Венедиктовна, руководитель Центра ментального здоровья, «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России (ФГБОУ ВО «ПИМУ»), Нижний Новгород, Российская Федерация, e-mail: neurorazvitiie@yandex.ru

Мамохина Ульяна Андреевна, младший научный сотрудник научной лаборатории, Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2738-7201>, e-mail: Uliana.mamokhina@gmail.com

Information about the authors

Alexander B. Sorokin, PhD in Biology, Leading Researcher of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders, Moscow State University of Psychology & Education (MSUPE), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4148-6719>, e-mail: SorokinAB@mgppu.ru

Elizaveta Yu. Davydova, PhD in Biology, Associate Professor, Leading Researcher of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders, Associate Professor of the Department of Differential Psychology and Psychophysiology Faculty of “Clinical and Special Psychology”, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5192-5535>, e-mail: DavydovaEJu@mgppu.ru

Larisa V. Samarina, Director, Saint-Petersburg Early Intervention Institute, St. Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8331-1335>, e-mail: larissa30@yandex.ru

Evgenia E. Ermolaeva, Executive Director, Early Intervention Association, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7740-7560>, e-mail: evgeniya4@yandex.ru

Kseniya Yu. Antokhina, Head of Clinical Department, Speech Therapist, Non-Government Organization “St. Petersburg Early Intervention Institute”, Saint-Peterburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1701-1457>, e-mail: Antokhina-ky@eii.ru

Elena A. Kuzembayeva, Head of “Asyl Miras” Autism Center, Bulat Utemuratov Foundation, Asyl Miras Autism Center, Almaty, Republic Kazakhstan, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5425-6699>, e-mail: rehab@utemuratovfund.org

Arthur V. Khaustov, PhD in Education, Director of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9634-9295>, e-mail: arch2@mail.ru

Oxana V. Balandina, Head of Mental Health Center, Privolzhsky Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (FSBEI HE PRMU MOH), Nizhny Novgorod, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3486-1162>, e-mail: neurorazvitiie@yandex.ru

Uliana A. Mamokhina, Junior Researcher of the Scientific Laboratory of the Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2738-7201>, e-mail: Uliana.mamokhina@gmail.com

Получена 30.12.2020

Принята в печать 09.03.2021

Received 30.12.2020

Accepted 09.03.2021

Оценка базовых навыков у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра с помощью методики VB-MAPP

Нигматуллина И.А.

Казанский (Приволжский) федеральный университет,
Казань, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6151-6164>, e-mail: irinigma@mail.ru

Борисова Н.С.

Казанский (Приволжский) федеральный университет,
Казань, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9027-8182>, e-mail: n.borisova2010@yandex.ru

Фролова А.С.

Российский государственный социальный университет,
Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8281-8970>, e-mail: alyafrolova0803@yandex.ru

При включении детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в образовательную среду и создании индивидуальных коррекционных программ важнейшим направлением работы является диагностика речевых, социально-бытовых и академических навыков, без которых затруднено самостоятельное функционирование. Основной целью предлагаемого исследования являлась оценка базовых речевых, учебных и социально-бытовых навыков у детей с РАС. В исследовании приняли участие 2 ребенка: мальчик 7-ми лет и девочка 6-ти лет. В качестве основного метода использовалась программа оценки базовых речевых, учебных и социально-бытовых навыков для детей с аутизмом и другими нарушениями развития Марка Сандберга VB-MAPP – Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program. Результаты обоих детей свидетельствуют, что большинство навыков сформированы на уровне 0-18 месяцев нормотипичного ребенка. Наименее сформированными оказались навыки просьбы и социальные. Полученные результаты предложены к включению в программы интенсивной коррекционной работы, направленной на развитие коммуникации, взаимодействия и сотрудничества со взрослыми и сверстниками.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, VB-MAPP, вехи развития, базовые речевые навыки, академические навыки, социально-бытовые навыки.

Для цитаты: Нигматуллина И.А., Борисова Н.С., Фролова А.С. Оценка базовых навыков у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра с помощью методики VB-MAPP // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 1 (70). С. 25–33. DOI: <http://doi.org/10.17759/autdd.2021190103>

Assessment of Basic Skills of Children of a Preschool Age with Autism Spectrum Disorder Using the VB–MAPP

Irina A. Nigmatullina

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education – Kazan
(Volga Region) Federal University, Kazan, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6151-6164>, e-mail: irinigma@mail.ru

CC BY-NC

Nadezhda S. Borisova

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education – Kazan
(Volga Region) Federal University, Kazan, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9027-8182>, e-mail: n.borisova2010@yandex.ru

Albina S. Frolova

Federal State-funded Institution of Higher Education – Russian State Social University,
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8281-8970>, e-mail: alyafrolova0803@yandex.ru

The research was aimed at the study of basic verbal, educational and social skills that contribute to independent functioning in society. Study involved 2 preschoolers. Mark Sandberg's VB-MAPP Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program was used as the main research method. It was found that the majority of respondents' skills are formed at the level of a 0-18 month old normotypic child, which corresponds to the first level of development. The skills of expressing requests and social skills were the least developed. The results of the research are proposed for inclusion in the programs of intensive psycho-educational work aimed at the development of communication, interaction and cooperation with adults and peers.

Keywords: autism spectrum disorder, VB-MAPP, developmental milestones, basic speaking skills, educational skills, social skills.

For citation: Nigmatullina I.A., Borisova N.S., Frolova A.S. Assessment of Basic Skills of Children of a Preschool Age with Autism Spectrum Disorder Using the VB-MAPP. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2021. Vol. 19, no. 1 (70), pp. 25–33. DOI: <http://doi.org/10.17759/autdd.2021190103> (In Russ.).

Введение

Включение детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) в образовательную среду в дошкольном возрасте может внести значительный вклад в их развитие, в том числе в повышение интеллектуального уровня, уровня речевых и коммуникативных навыков и навыков социализации. Однако для включения таких детей в среду дошкольного образования необходимо создание условий для успешного обучения и воспитания каждого ребенка. Определить уровень речевого, социального и интеллектуального развития детей, а также выявить образовательные потребности каждого из них, можно посредством методики VB-MAPP [1; 9].

Метод

VB-MAPP (Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program) – программа оценки навыков речи и социального взаимодействия для детей с аутизмом и другими нарушениями развития имеет почти 30-летнюю историю исследований и разработок. Теоретической базой для создания этого диагностического инструмента послужил труд Б.Ф. Скиннера «Вербальное поведение» (1957). Он определил вербальное поведение как поведение, усиливающееся посредством другого человека [4; 6; 8].

Данная диагностическая методика широко применяется зарубежными специалистами, ее эффектив-

ность в своих работах отмечают Диксон М.Р., Белайл Дж., Стэнли К., Бранс К.С. [15; 16] и другие. Исследователи отмечают более высокую эффективность VB-MAPP по сравнению с другими диагностическими методиками. Методика позволяет оценить текущий уровень речевых и связанных с речью навыков у детей. Результаты VB-MAPP полезны в работе различных специалистов и позволяют составлять успешные программы вмешательства.

Оценка вех развития содержит 170 параметров, которые распределены по трем возрастным группам. Первый этап соответствует уровню развития нормотипичного ребенка в возрасте от 0 до 18 месяцев, второй от 18 до 30 месяцев и третий от 30 до 48 месяцев. Оценка вех развития позволяет также определить существующий на текущий момент уровень развития академических навыков [10; 14].

С помощью методики VB-MAPP можно оценить следующие вехи развития: выражение просьбы или помощи или же отказ от предметов или действий (манд); навык обозначения предметов (такт); способность следовать инструкциям или выполнять просьбы (поведение слушателя); визуальное восприятие; игровые навыки; социальные навыки; способность повторить движения разного типа за другим (имитация); подражательный навык (эхо); спонтанное вокальное поведение; различение предметов по описанию признака, функции и класса объектов; умение отвечать на вопросы и вести беседу; это поведение, при котором стимулом для произнесения слов или совершения действий являются слова, произнесен-

ные другими людьми (интравербальные навыки); навыки поведения в группе; речевые навыки; навыки чтения, письма; навыки счета [2; 3; 12; 13].

Оценка всех развития осуществляется в баллах. В зависимости от соответствия развития у ребенка данного навыка тому или иному уровню навыки оцениваются в 0-5 баллов, 0-10 и 0-15 баллов. Исключением является эхо-навык, который оценивается от 0 до 100. Детальное исследование эхо-навыка является необходимым, так как он является одним из наиболее значимых для развития речевых навыков ребенка [11; 17].

Оценка эхо-навыков по методике VB-MAPP проводится в несколько этапов:

1. Простые и парные слоги (а-а, ам, му, мама, би-би и т.д.).
2. Двусложные комбинации (дядя, кубик, домик и т.д.).
3. Трехсложные комбинации (машина, молоко, бананы и т.д.).
4. Просодика — повторение фраз с заданным интонационным ударением (где МАМА, МОЙ папа, я ИДУ и т.д.).
5. Просодика — другие компоненты: высота тона, громкость, длительность произнесения.

За правильное произношение ставился 1 балл, за узнаваемую (приблизленную) реакцию — 0,5 балла, при отсутствии ответа — 0 баллов.

Преимуществом данного тестирования является то, что каждый из параметров оценки этапов развития детей, участвующих в настоящем исследовании, рассматривался отдельно, что позволило определить базовый уровень каждого участника эксперимента [12].

Результаты

Пример 1. Ребенок: девочка, 6 лет 4 месяца, диагноз — F84.0 (детский аутизм), задержка речевого развития в раннем возрасте. Ребенок рожден от

III беременности, I по счету родов. Беременность протекала без особенностей. Роды проходили путем кесарева сечения.

Обследование навыка манд показало, что ребенок обращается с просьбой при помощи указательного жеста, показывая на предмет, который хочет получить.

При обследовании навыка такт было выявлено, что ребенок называет 8 предметов по инструкции, также спонтанно называет 2 предмета в течение 30 минут.

Оценка навыка поведения слушателя показала нам, что ребенок различает или выбирает предмет из 4-х для 20-ти различных предметов, выполняет 4 моторных движения без подсказок и инструкций. Также поворачивает голову и обращает внимание на голос 5 раз в процессе наблюдения.

При оценке навыка визуального восприятия выявлено, что ребенок сопровождает движущиеся стимулы на протяжении 2 секунд, маленькие предметы берет пинцетным захватом (координация глаз — рука), может разложить 3 предмета в разные контейнеры (сортировка предметов) и надеть три кольца пирамидки, а также построить башню из 2 кубиков (восприятие предметов в пространстве).

При оценке игровых навыков было обнаружено, что ребенок может заинтересоваться игрушкой в течение 1 минуты, также может поиграть с разными тремя игрушками в течение 30 минут.

Обследование социальных навыков показало, что ребенок спонтанно смотрит на других детей 2 раза в течение наблюдения, также может провожать воспитателя и нового человека в группе взглядом.

Ребенок может имитировать 15 движений любого типа.

При обследовании навыка эхо девочка набрала 25 баллов в таблице эхо-навыков, что означает, что она повторяет простые и парные слоги без ошибок (а-а, бе-е, ам, ва-ва и т.п.).

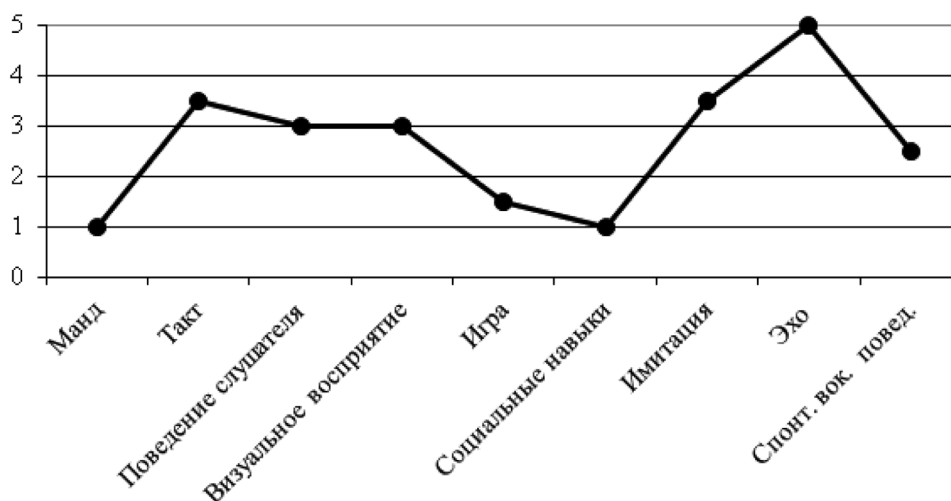


Рис. 1. Оценка всех развития девочки 6-ти лет на 1-м уровне

Оценка сформированности навыков спонтанного вокального поведения показала, что ребенок произносит 5 различных звуков, в среднем, 10 звуков каждый час, и также спонтанно произносит 2 слова.

При обследовании ребенка на втором уровне было выявлено, что навыки манд, визуального восприятия, игры и социальные не сформированы.

Оценка навыка такт показала нам, что ребенок может называть 25 различных предметов после вопроса «что это?», также называет 10 различных действий после вопроса «что делает?», в общем, называет 150 объектов.

При исследовании навыка поведения слушателя девочка выбирала правильные картинки из комплекта из 6 для 40 различных картинок и выполняла 10 специфических моторных движений.

Оценка навыка имитации: девочка имитирует 10 различных моторных движений и 5 двухкомпонентных последовательностей движений.

По навыку эхо ребенок набрал 65 баллов в таблице эхо-навыков, это означает, что она повторяет двухсложные слова и комбинации (дядя, каша, вода и т.п.) и несколько трехсложных (машина, бананы и т.п.).

При обследовании навыка различения по ФХК (функции, характеристике, категории) было выявлено, что ребенок способен выбирать правильный предмет из 8 при выборе предметов по функции, характеристике или категории.

Девочка отвечает на вопрос «как тебя зовут?», отвечает на 12 различных вопросов, которые содержат «кто?» или «что?». Это нам показывает, что у ребенка есть некоторые виды интравербальных навыков.

При исследовании навыка поведения в группе было обнаружено, что ребенок сидит в группе 1 минуту без нежелательного поведения при приеме пищи, также откладывает предметы, которыми ранее занималась, приходит заниматься к воспитателю после 2 вербальных подсказок и может заниматься в течение 2 минут без нежелательного поведения.

Оценка лингвистических навыков показала нам, что артикуляция ребенка понятна взрослым, ребенок может произнести 5 различных названий, и ее поймут окружающие; общий словарный запас составляет около 200 слов, также она может произносить фразы, состоящие из 2 слов (5 фраз в течение дня).

Оценка всех развития ребенка на третьем уровне выявила, что у нее не сформированы следующие на-

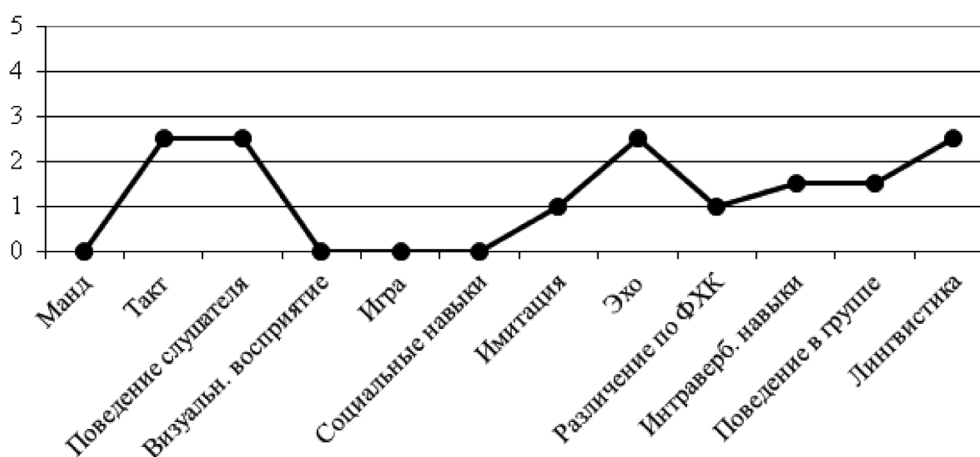


Рис. 2. Оценка всех развития девочки 6-ти лет на 2-м уровне

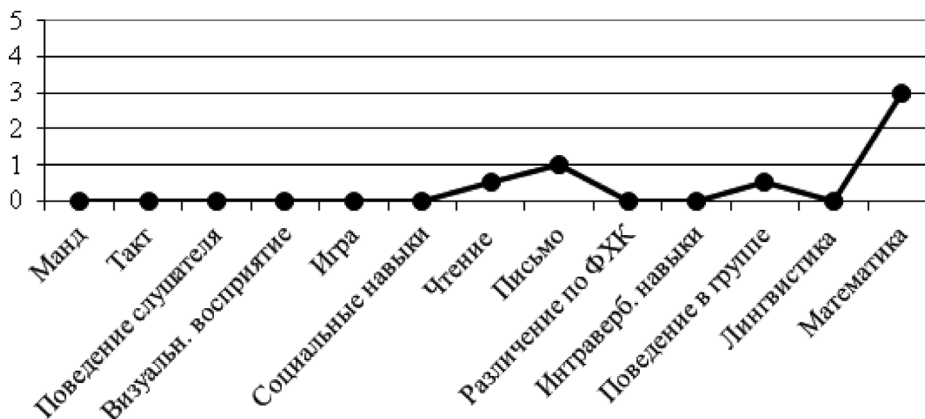


Рис. 3. Оценка всех развития девочки 6-ти лет на 3-м уровне

выки: манд, такт, поведение слушателя, визуальное восприятие, игра, социальные навыки, различение по ФХК, интравербальные навыки и лингвистика.

Оценка навыка чтения показала, что ребенок различает буквы при выборе из 5.

Наблюдение показало, что ребенок имитирует 3 различных движения, моделируемых взрослыми, и используя письменные принадлежности, самостоятельно обводит половину линий для 5 различных фигур (навык письма).

При изучении навыка счета было выявлено, что ребенок умеет различать и называть цифры от 1 до 5, считать до 5 и выбирает до 5 предметов из большого количества.

Результаты обследования: ребенок получил 23 балла из 45 возможных (для 1 уровня), 38 из 105 возможных (для ребенка 30 мес.), и 43 из 170 возможных (для ребенка 48 мес.). Большинство навыков сформированы на уровне 0-18 месяцев нормотипичного ребенка. Наиболее сформированными оказались навыки имитации, эхо и навык такт. Более слабыми являются навыки манд, игра и различение по ФХК.

Данный ребенок нуждается в интенсивной программе поведенческого вмешательства. Обучение должно проходить ежедневно как в структурированном (заранее спланированном), так и в свободном (в натуральной среде) формате.

Пример 2. Мальчик, 7 лет 6 месяцев, диагноз — F84.1 (атипичный аутизм), сопутствующие нарушения — ОНР I. Ребенок рожден от I беременности, I срочных родов. При беременности отмечалась анемия. Роды протекали без осложнений.

Оценка вех развития ребенка на первом этапе обследования показала, что он почти не обращается с просьбами. На момент обследования он обращался с 4 просьбами без подсказок, без эхо, без имитации. Просьбы ребенка были обращены только ко взрослым: он тянул взрослого за руку и указывал на желаемый предмет.

При изучении навыка такт было выявлено, что мальчик способен называть мотивационные и немотивационные предметы, может называть 25 различных предметов после вопроса «что это?», а также 10 действий после вопроса «что делает?».

Исследование сформированности навыков поведения слушателя демонстрирует способность ребенка поворачиваться и обращать внимание на голос говорящего, реагировать на собственное имя и смотреть на говорящего, различать (посмотреть или указать) отдельный предмет при выборе из 2-х для 5 желательных предметов.

Ребенок сопровождает взглядом движущийся стимул в течение 2-х секунд, поднимает, берет в руки маленькие предметы пинцетным захватом, может сосредоточить внимание и рассматривать игрушку в течение 30 секунд, также разложить 3 предмета в разные контейнеры, может надеть 3 кольца пирамиды, сопоставляет 10 идентичных предметов.

Оценка игровых навыков показала, что ребенок способен манипулировать и исследовать предметы в течение 30 секунд, может поиграть с 3 разными игрушками в течение 30 минут, самостоятельно может заниматься игрушкой в течение 2 минут.

В процессе исследования социальных навыков было выявлено, что мальчик провожает взглядом людей, находящихся рядом, а также спонтанно смотрит на других детей.

В процессе обследования навыков моторной имитации ребенок проявил способность имитировать 20 моторных движений любого типа (мелкая моторика, крупная моторика, имитация с предметами).

При оценке навыков эхо он набрал 25 баллов по таблице эхо-навыков.

Оценка сформированности навыков спонтанного вокального поведения показала, что ребенок может спонтанно произносить 10 различных звуков с различной интонацией и 5 разных слов.

При оценке вех развития ребенка на втором уровне было выявлено, что социальные, интравербальные навыки, а также навыки манд у него не сформированы.

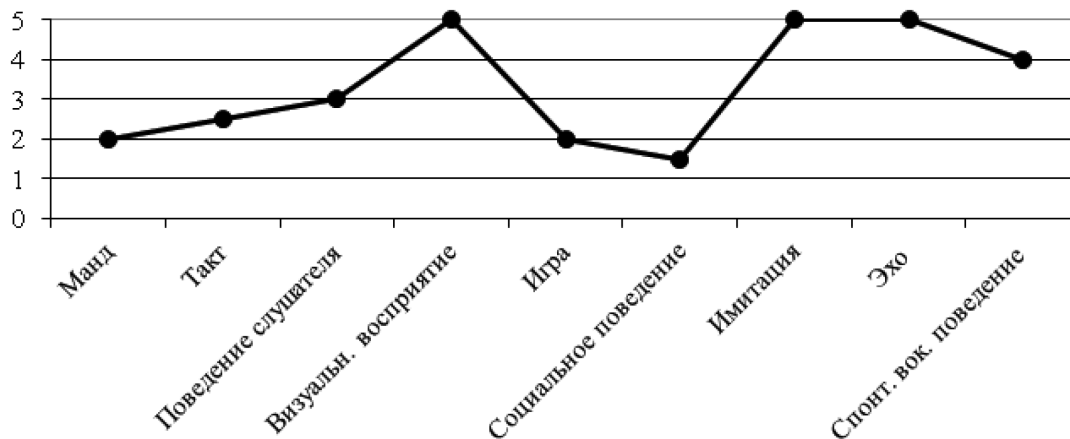


Рис. 4. Оценка вех развития мальчика 7-ми лет на 1-м уровне

Исследование навыка такт на данном уровне показало, что ребенок может называть 25 различных предметов после вопроса «что это?», а также 10 действий после вопроса «что делает?».

В процессе изучения навыков поведения слушателя мальчик правильно выбирал предмет в наборе из 6 для 40 предметов или картинок. Также выполнял 10 специфических моторных движений или инструкций.

Оценка навыков визуального восприятия демонстрирует способность ребенка сопоставлять идентичные объекты или картинки в комплекте из 6 для 25 различных объектов, а также сортировать по формам и цветам при предъявлении 10 различных форм и цветов.

Ребенок способен самостоятельно использовать игрушки или объекты в соответствии с их функциями. Он самостоятельно играет на детской площадке, может играть с конструктором, состоящим из нескольких частей. Данные результаты были получены при изучении сформированности игровых навыков.

При исследовании навыков моторной имитации было выявлено, что ребенок имитирует 5 движений, которые требуют выбора определенного предмета из комплекта, а также имитирует 20 различных движений мелкой моторики после инструкции «сделай так».

Ребенок набрал 50 баллов в таблице эхо-навыков.

Результаты изучения сформированности навыков различения по ФХК: ребенок показывает способность выбирать животное или объект из комплекта звуков, которые соответствуют этим животным, а также выбирать 2 различных вида еды или напитков при выборе из 5.

При оценке навыков поведения в группе ребенок сидел во время приема пищи в группе без проявлений нежелательного поведения в течение 3 минут.

Общий словарный запас ребенка составляет 300 слов, что выявлено в процессе изучения речевых навыков.

Оценка вех развития ребенка на третьем уровне показала, что у него не сформированы следующие на-

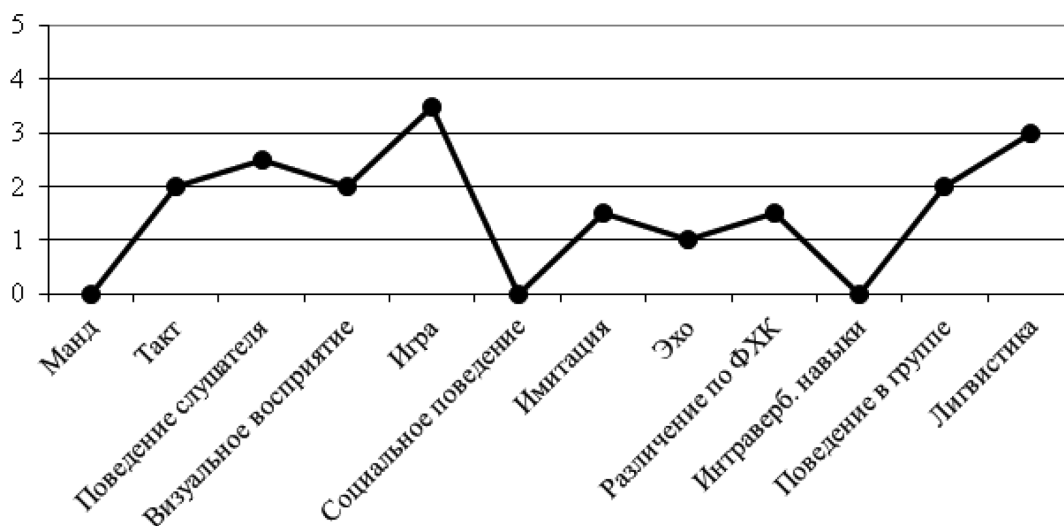


Рис. 5. Оценка вех развития мальчика 7-ми лет на 2-м уровне

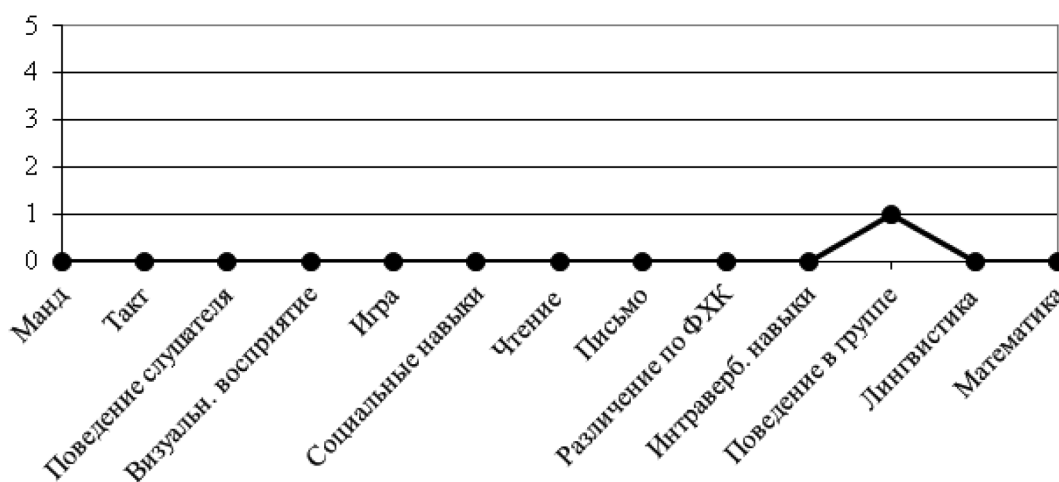


Рис. 6. Оценка вех развития мальчика 7-ми лет на 3-м уровне

выки: манд, такт, поведение слушателя, визуальное восприятие, игра, социальные навыки, чтение, письмо, навыки различения по ФХК, интравербальные навыки, навыки речи, счета.

При исследовании бытовых навыков было выявлено, что ребенок пользуется туалетом и моет руки только после вербальных подсказок, без физической помощи.

Результаты обследования: ребенок получил 30 баллов из 45 возможных (для 1 уровня), 49 из 105 возможных (для ребенка 30 мес.) и 50 из 170 возможных (для ребенка 48 мес.). Большинство навыков сформированы на уровне 0-18 месяцев нормотипичного ребенка. Наиболее сформированными оказались навыки самостоятельной игры, поведения в группе, а также речевые навыки. Более слабыми являются навыки манд, социальные и интравербальные.

Данный ребенок нуждается в интенсивной программе поведенческого вмешательства. Обучение должно проходить ежедневно как в структурированном (заранее спланированном), так и в свободном (в натуральной среде) формате.

Обсуждение результатов

Посредством VB-MAPP удалось подробно изучить базовые речевые, учебные и социально-бытовые навыки двух участников исследования.

Результаты обследования обоих детей свидетельствуют о недостаточности развития коммуникативных и поведенческих навыков. Большинство навыков сформированы на уровне 0-18 месяцев нормотипичного ребенка. Наименее сформированными оказались навыки выражения просьбы и социальные.

Анализ полученных данных показал, что оба участника исследования нуждаются в интенсивной программе коррекционной работы, направленной на развитие навыков коммуникации, базовых речевых навыков, самообслуживания, игры и социальных навыков.

Однако результаты настоящего исследования ограничены тем, что базовые речевые, учебные и социально-бытовые навыки — это только часть совокупности сложного социального поведения, и требуются дополнительные исследования в данной области.

Заключение

По результатам анализа современных исследований (К. Казари; О.В. Кухарчук, О.Н. Рыжкова) можно сделать вывод об эффективности применяемых поведенческих методов по развитию базовых речевых, учебных и социально-бытовых навыков у детей с РАС. Эти выводы имеют как теоретическую, так и практическую значимость [5; 7].

Представленная работа положена в основу лонгитюдного исследования эффективности применения современных методов, форм и средств комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра, проводимого в Казанском федеральном университете на базе федеральной инновационной площадки — детского сада для детей с расстройствами аутистического спектра. Настоящее исследование планируется расширить изучением предпосылок, необходимых для формирования сложных социальных навыков, и влияния определенных базовых навыков на скорость их приобретения. ■

Литература

1. Асоян Н.П., Ковтун С.Н. Психолого-педагогическое сопровождение дошкольников с РАС в условиях инклюзивного образования // Инновационные научные исследования: теория, методология, практика: Материалы Международной (заочной) научно-практической конференции. Нефтекамск: Мир науки, 2016. С. 86–93.
2. Барбера М.Л., Расмуссен Т. Вербально-поведенческий подход в АВА-терапии: Методы обучения детей с аутизмом и другими особенностями развития. 3-е изд. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2019. 264 с. ISBN 978-5-91743-082-9.
3. Барбера М.Л., Расмуссен Т. Детский аутизм и вербально-поведенческий подход (The Verbal Behavior Approach): Обучение детей с аутизмом и связанными расстройствами. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2014. 304 с. ISBN 978-5-91743-046-1.
4. Вязовикова А.Х. Формирование манд-реакций у детей дошкольного возраста с РАС посредством стратегии «недостающего элемента в цепочке действий» // Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза: Материалы всероссийской научно-практической конференции студентов, магистрантов, аспирантов и слушателей. Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет, 2015. С. 42–44.
5. Казари К. Современное состояние поведенческих вмешательств при аутизме и нарушениях развития // Аутизм и нарушения развития. 2016. Т. 14. № 4. С. 68–76. DOI:10.17759/autdd.2016140409
6. Кулешова И.И. К вопросу о применении технологии VB-MAPP в процессе психолого-педагогического изучения дошкольников с расстройствами аутистического спектра (РАС) // Коррекционная педагогика: теория и практика. 2015. № 2. С. 57–60.
7. Кухарчук О.В., Рыжкова О.Н. Использование прикладного анализа поведения в работе с аутичными детьми // Социокультурная интеграция и специальное образование: сборник научных статей / Саратовский государственный университет. Москва: Перо, 2015. С. 316–320. ISBN 978-5-00086-780-8.
8. Малхасьян Е.А., Чернова А.Д. Использование программы VB-MAPP для оценки социально-бытовых навыков у детей с расстройством аутистического спектра // Коррекционная педагогика: теория и практика. 2015. № 3. С. 3–6.

9. Мальтинская Н.А. Формирование учебного поведения у детей с РАС // Вестник педагогических инноваций. 2016. № 2. С. 67–74.
10. Нигматуллина И.А., Гончарова Э.А. Прикладной анализ как метод диагностики и коррекции речевых нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра // Альманах Казанского Федерального Университета. 2019. Вып. 13. С. 183–188. ISBN 978-5-00130-165-3.
11. Поведенческий подход к развитию речи. Часть 3 ~ Аутизм | АВА — терапия [Электронный ресурс] / Эрц Ю.М. 2014. URL: <https://autism-aba.blogspot.com/2014/06/verbal-behavior-approach-to-language3.html> (дата обращения: 26.02.2021).
12. Саидберг М. Руководство. Программа оценки навыков речи и социального взаимодействия для детей с аутизмом и другими нарушениями развития / пер. С. Доленко. Ришон ле-Цион: MEDIAL, 2008. 275 с.
13. Шрам Р. Детский аутизм и АВА: АВА (Applied Behavior Analysis): терапия, основанная на методах прикладного анализа поведения. 6-е изд. Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2018. 208 с. ISBN 978-5-91743-076-8.
14. Эрц (Нафтульева) Ю.М. Инклюзия детей с аутизмом в общеобразовательной системе: обзор целей и стратегий // Вестник Ассоциации психиатров Украины. 2013. № 1. С. 63–73.
15. Barnes C.S., Mellor J.R., Rehfeldt R.A. Implementing the Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP): Teaching Assessment Techniques. *The Analysis of Verbal Behavior*, 2014, vol. 30, no. 1, pp. 36–47. DOI:10.1007/s40616-013-0004-5
16. Dixon M.R., Belisle J., Stanley C. et al. Toward a Behavior Analysis of Complex Language for Children with Autism: Evaluating the Relationship between PEAK and the VB-MAPP. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2015, vol. 27, pp. 223–233. DOI:10.1007/s10882-014-9410-4
17. Tarbox J., Mardid W., Aguilar B. et al. Use of chaining to increase complexity of echoes in children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2009, vol. 42, no. 4, pp. 901–906. DOI:10.1901/jaba.2009.42-901

References

1. Asoyan N.P., Kovtun S.N. Psikhologo-pedagogicheskoe soprovozhdenie doshkol'nikov s RAS v usloviyakh inklyuzivnogo obrazovaniya [Psychological and pedagogic support for preschoolers with ASD in the inclusive education environment]. In *Innovatsionnye nauchnye issledovaniya: teoriya, metodologiya, praktika: Materialy Mezhdunarodnoi (zaочноi) nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Innovative research: theory, methodology, practice: Proceedings of the International (extramural) scientific and practical conference]. Neftekamsk: Publ. Mir nauki, 2016. Pp. 86–93.
2. Barbera M.L., Rasmussen T. Verbal'no-povedencheskii podkhod v ABA-terapii: Metody obucheniya detei s autizmom i drugimi osobennostyami razvitiya [The Verbal Behavior Approach: How to Teach Children with Autism and Related Disorders]. 3rd ed. Ekaterinburg: Publ. Rama Publishing, 2019. 264 p. ISBN 978-5-91743-082-9.
3. Barbera M.L., Rasmussen T. Detskii autizm i verbal'no-povedencheskii podkhod (The Verbal Behavior Approach): Obuchenie detei s autizmom i svyazannymi rasstroistvami [The Verbal Behavior Approach: How to Teach Children With Autism and Related Disorders]. Ekaterinburg: Publ. Rama Publishing, 2014. 304 p. ISBN 978-5-91743-046-1.
4. Vyazovikova A.Kh. Formirovanie mand-reaktsii u detei doshkol'nogo vozrasta s RAS posredstvom strategii «nedostayushchego elementa v tsepkochke deistvii» [Forming manding behaviour in preschool age children with ASD through the “missing element in a chain of actions” strategy]. In *Izuchenie i obrazovanie detei s razlichnymi formami dizontogeneza: Materialy vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii studentov, magistrantov, aspirantov i slushatelei* [Studying and educating children with varying forms of dysontogenesis: Proceedings of the National scientific and practical conference of students, undergraduates, graduate students and listeners]. Ekaterinburg: Publ. Ural State Pedagogical University, 2015. Pp. 42–44.
5. Kasari C. Sovremennoe sostoyanie povedencheskikh vmeshatel'stv pri autizme i narusheniyakh razvitiya [Update on behavioral interventions for autism and developmental disabilities]. *Autizm i narusheniya razvitiya [Autism and developmental disorders (Russia)]*, 2016, vol. 14, no. 4, pp. 68–76. DOI:10.17759/autdd.2016140409
6. Kuleshova I.I. K voprosu o primenenii tekhnologii VB-MAPP v protsesse psikhologo-pedagogicheskogo izucheniya doshkol'nikov s rasstroistvami autisticheskogo spektra (RAS) [On the topic of applying the VB-MAPP technology in the process of psychological and pedagogic studying of preschoolers with autism spectrum disorders]. *Korreksionnaya pedagogika: teoriya i praktika [Correctional pedagogy: theory and practice]*, 2015, no. 2, pp. 57–60.
7. Kukharchuk O.V., Ryzhkova O.N. Ispol'zovanie prikladnogo analiza povedeniya v rabote s autichnymi det'mi [Using applied behavior analysis in working with children]. In *Sotsiokul'turnaya integratsiya i spetsial'noe obrazovanie: sbornik nauchnykh statei [Sociocultural integration and special education: scientific digest]* / Saratov State University. Moscow: Publ. Pero, 2015. Pp. 316–320. ISBN 978-5-00086-780-8.
8. Malkhas'yan E.A., Chernova A.D. Ispol'zovanie programmy VB-MAPP dlya otsenki sotsial'no-bytovykh navykov u detei s rasstroistvom autisticheskogo spektra [Using the VB-MAPP program to assess social and domestic skills in autistic children]. *Korreksionnaya pedagogika: teoriya i praktika [Correctional pedagogy: theory and practice]*, 2015, no. 3, pp. 3–6.
9. Mal'tinskaya N.A. Formirovanie uchebnogo povedeniya u detei s RAS [Formation of academic behavior in children with ASD]. *Vestnik pedagogicheskikh innovatsii [Pedagogical Innovations Herald]*, 2016, no. 2, pp. 67–74.
10. Nigmatullina I.A., Goncharova E.A. Prikladnoi analiz kak metod diagnostiki i korrektsii rechevykh narushenii u detei s rasstroistvami autisticheskogo spektra [Applied analysis as a method of diagnosing and correcting speech disorders in autistic children]. In *Al'manakh Kazanskogo Federal'nogo Universiteta [Kazan Federal University Almanac]*. 2019. Issue no. 13. Pp. 183–188. ISBN 978-5-00130-165-3.

11. Povedencheskii podkhod k razvitiyu rechi. Chast' 3 ~ Autizm|ABA – terapiya [Behavior approach to speech development. Part 3 / Autism & ABA therapy] [Web resource] / Erts Yu.M. 2014. URL: <https://autism-aba.blogspot.com/2014/06/verbal-behavior-approach-to-language3.html> (Accessed 26.02.2021).
12. Sundberg M. Rukovodstvo. Programma otsenki rechi i sotsial'nogo vzaimodeistviya dlya detei s autizmom i drugimi narusheniyami razvitiya [Guide. Program for evaluating speech and social interaction of children with autism and other developmental disorders] / transl. into Russ. by S. Dolenko. Rishon LeZion: Publ. MEDIAL, 2008. 275 p.
13. Schramm R. Detskii autizm i ABA: ABA (Applied Behavior Analysis): terapiya, osnovannaya na metodakh prikladnogo analiza povedeniya [Autism in children and ABA: therapy based on the methods of applied behavior analysis]. 6th ed. Ekaterinburg: Publ. Rama Publishing, 2018. 208 p. ISBN 978-5-91743-076-8.
14. Erts (Naftul'eva) Yu.M. Inklyuziya detei s autizmom v obsheobrazovatel'noi sisteme: obzor tselei i strategii [Inclusion of autistic children in the general education system: review of goals and strategies]. *Vestnik Assotsiatsii psikiatrov Ukrainy [Journal of the Association of psychiatrists of Ukraine]*, 2013, no. 1, pp. 63–73.
15. Barnes C.S., Mellor J.R., Rehfeldt R.A. Implementing the Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP): Teaching Assessment Techniques. *The Analysis of Verbal Behavior*, 2014, vol. 30, no. 1, pp. 36–47. DOI:10.1007/s40616-013-0004-5
16. Dixon M.R., Belisle J., Stanley C. et al. Toward a Behavior Analysis of Complex Language for Children with Autism: Evaluating the Relationship between PEAK and the VB-MAPP. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2015, vol. 27, pp. 223–233. DOI:10.1007/s10882-014-9410-4
17. Tarbox J., Mardid W., Aguilar B. et al. Use of chaining to increase complexity of echoics in children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 2009, vol. 42, no. 4, pp. 901–906. DOI:10.1901/jaba.2009.42-901

Информация об авторах

Нигматуллина Ирина Александровна, кандидат педагогических наук, доцент, Институт психологии и образования, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6151-6164>, irinigma@mail.ru

Борисова Надежда Сергеевна, магистрант, кафедра психологии и педагогики специального образования, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9027-8182>, e-mail: n.borisova2010@yandex.ru

Фролова Альбина Сергеевна, магистрант, кафедра психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский государственный социальный университет», Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8281-8970>, e-mail: alyafrolova0803@yandex.ru

Information about the authors

Irina A. Nigmatullina, PhD in Education, Associate Professor, Institute of Psychology and Education, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education – Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6151-6164>, e-mail: irinigma@mail.ru

Nadezhda S. Borisova, Master's Degree Student, Department of Psychology and Pedagogy of Special Education, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education – Kazan (Volga Region) Federal University, Kazan, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9027-8182>, e-mail: n.borisova2010@yandex.ru

Albina S. Frolova, Master's Degree Student, Department of Psychology, Federal State-funded Institution of Higher Education – Russian State Social University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8281-8970>, e-mail: alyafrolova0803@yandex.ru

Получена 22.01.2020

Received 22.01.2020

Принята в печать 09.03.2021

Accepted 09.03.2021

Особенности мышления у взрослых с диагнозом расстройства аутистического спектра без умственной отсталости, поставленным в детстве

Иванова М.М.

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3945-5486>, e-mail: upk.ivanova@yandex.ru

Бородина Л.Г.

Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8204-2113>, e-mail: bor111a@yandex.ru

В исследовании, посвященном изучению особенностей мышления у взрослых с диагнозом расстройства аутистического спектра (РАС) без умственной отсталости, поставленным в детстве, приняли участие 20 взрослых с диагнозами синдром Аспергера и атипичный аутизм, поставленными в детстве, 20 респондентов с шизотипическим расстройством и шизофренией, а также 20 нейротипичных взрослых. Были использованы методики «Сравнение понятий» (15 пар слов), «Пятый лишний», «Четвертый лишний», модифицированные для выявления формальных нарушений мышления у взрослых, и рассказ в свободной форме. Установлено, что у взрослых с диагнозом РАС, поставленным в детстве, достоверно чаще присутствует тенденция давать ответы, свидетельствующие об искажении процесса обобщения, чем в группе условно здоровых людей. При этом данная тенденция в группе аутизма достоверно ниже, чем в группе шизофрении. Тенденция же давать ответы, характерные для снижения уровня обобщения и для нарушений личностного компонента мышления, очень сходна у групп аутизма и шизофрении, но существенно превышает таковую тенденцию в группе нейротипичных испытуемых.

Ключевые слова: формальные расстройства мышления, аутизм, расстройства аутистического спектра (РАС), диссоциативный патопсихологический симптомокомплекс, органический симптомокомплекс.

Для цитаты: Иванова М.М., Бородина Л.Г. Особенности мышления у взрослых с диагнозом расстройства аутистического спектра без умственной отсталости, поставленным в детстве // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 1 (70). С. 34–43. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2021190104>

Cognitive Features in Adults with Autism Spectrum Disorder, Diagnosed in Childhood without Intellectual Disabilities

Margarita M. Ivanova

Moscow State University of Psychology & Education,
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3945-5486>, e-mail: upk.ivanova@yandex.ru

Lyubov' G. Borodina

Moscow State University of Psychology & Education,
Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8204-2113>, e-mail: bor111a@yandex.ru

A study of cognitive features in autism spectrum disorders (ASD) adults without intellectual disabilities involved 20 participants diagnosed in childhood with Asperger's syndrome and atypical autism, 20 respondents with schizophrenia spectrum disorders, and 20 neurotypical adults. Following psychological instruments were used "Comparison of concepts" (15 pairs of words), "Fifth extra", "Fourth extra". Tools were modified to identify formal thinking disorders in adults. A free-form story was also used. It was found that answers in a sample of adults with ASD, diagnosed in childhood are significantly more often indicating a distortion of the generalization process, rather than answers in a group of neurotypical participants. At the same time, this trend in the autism group is significantly lower than in the schizophrenia group. Following trend also revealed — answers identifying a decrease in the level of generalization and disorders of the motivational cognitive component. This trend is very similar in the groups of autism and schizophrenia, but significantly exceeds in the group of neurotypical subjects.

Keywords: formal thought disorder, autism spectrum disorders, pathopsychological dissociative symptom cluster, organic symptom cluster.

For citation: Ivanova M.M., Borodina L.G. Cognitive Features in Adults with Autism Spectrum Disorder, Diagnosed in Childhood without Intellectual Disabilities. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2021. Vol. 19, no. 1 (70), pp. 34–43. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2021190104> (In Russ.).

Введение

Формальные расстройства мышления, отражающие прежде всего нарушения продуктивности, целенаправленности и экономичности ассоциативного процесса, только начинают привлекать должное внимание исследователей расстройств аутистического спектра (РАС). Это связано, прежде всего, с трудностями трактовки результатов при наложении гипотетических формальных расстройств мышления на речевое и, часто, — интеллектуальное недоразвитие, неполноценность контакта и грубые нарушения внимания и мотивации у этих пациентов.

Научные данные, затрагивающие особенности мышления у людей с РАС, немногочисленны и противоречивы. Так, О.С. Никольская (2014) обращает внимание на такие особенности мышления при РАС как нецеленаправленность, сниженная способность к обобщению, трудности при переносе навыков с изученной ситуации на схожую и пр. [16]. Похожие особенности мышления, за исключением сниженной способности к обобщению, хорошо известны при расстройствах круга шизофрении. Классический для отечественной патопсихологии вывод Б.В. Зейгарник (1979–1989) состоял в том, что характерной особенностью мышления при шизофрении является его искажение, связанное с недостаточностью мотивационного компонента мышления [6; 7; 8]. Для диссоциативного (шизофренического) патопсихологического симптомокомплекса считаются характерными следующие симптомы: актуализация латентных признаков и взаимосвязей предметов, необычных перцептивных образов и вербальных связей, и пр., что, по мнению В.П. Критской (2004) может отражать своеобразную когнитивную полнезависимость пациентов [12; 13; 15]. Интересно, что в исследовании М.П. Кобзовой не было обнаружено существенных различий при выполнении методики исключения 4-го лишнего между юношами с шизотипическим расстройством и условно здоровыми, что

автор объясняет изменением когнитивного стиля молодых людей в последние годы [11].

В своем исследовании малой выборки аутичных взрослых Л.Г. Бородина (2019) отмечает, что в психическом статусе примерно половины «вербальных» пациентов отчетливо присутствовали формальные расстройства мышления, характерные для диссоциативного симптомокомплекса [4]. К схожим выводам автор приходит и при изучении группы детей с аутизмом (2020) [9].

В американской модели трактовки аутизма нередко затрагивается лишь «буквальный язык» и «конкретное мышление» [24], что совпадает с данными Н.В. Верещагиной и Е.И. Николаевой (2010) [5]. Х. Ремшмидт (2003) обращает внимание на то, что мышление у детей с РАС отличается особой ригидностью [18].

Однако некоторые зарубежные работы также подтверждают наличие формальных расстройств мышления у аутичных пациентов и их схожесть с таковыми при шизофрении: алогичность и «рыхлость» ассоциаций, «странная, вычурная» речь [23; 30]. М. Eussen с соавторами (2015) связывают эти находки с дефицитностью устной экспрессивной речи, а М. Solomon (2008) указывает на отсутствие связи между данными нарушениями мышления и манифестацией шизофрении в дальнейшем и не считает формальные расстройства мышления проявлением коморбидной РАС шизофрении [23; 30]. D.Trevisan с соавторами (2020) в своём исследовании отмечают существенное совпадение симптомов у взрослых с РАС и с шизофренией [31].

Е. Pellicano (2010) в одной из своих работ затрагивает такое понятие как «модель психического» — способность понимать мысли и чувства других людей [28], что может накладывать отпечаток на стиль речи и мышления. Эти данные опираются на предшествующие исследования U. Frit, также R. Jordan и S. Powel (1995) и присутствуют в работах О.С. Никольской (2014) [16; 24; 27]. В. Каган указывал, что, несмотря

на сохранность логического мышления, дети с аутизмом плохо переносят полученные знания в реальную жизнь [10].

Как уже было сказано, большинство исследований посвящено изучению детских проявлений расстройств аутистического спектра. На то, что работ, посвященных изучению взрослых с РАС, практически нет, обращает внимание Президент Международного сообщества по изучению аутизма Francesca Harper (2014) и другие исследователи [25].

Целью данного исследования стало выявление особенностей мышления у взрослых с диагнозом расстройства аутистического спектра без умственной отсталости, поставленным в детстве.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 60 респондентов в возрасте от 15 до 48 лет. Основную группу составили 20 взрослых, которым в детстве был поставлен диагноз из группы РАС. Чтобы минимизировать наложение речевых и интеллектуальных проблем на мышление, в исследование включались только пациенты, диагноз которых указывал на отсутствие умственной отсталости (F84.5 синдром Аспергера — 12 человек, F84.12 атипичный аутизм без умственной отсталости — 8 человек). В группе преобладали мужчины (13 и 7 человек соотв.) Возраст варьировал от 15 до 41 года, в среднем составил 24 года, моложе 18 лет был 1 испытуемый. Большая часть испытуемых являлась пациентами центра неврологии и психотерапии «Гранат» (ООО «ГРАНАТ МЦ»), г. Москва. Практически все испытуемые на момент обследования получили среднее специальное или высшее образование, или работали.

Первую контрольную группу составили пациенты с диагнозами F20.0 Шизофрения параноидная и F21. Шизотипическое расстройство, не имевшие диагноза РАС в детстве. Испытуемые с шизотипическим расстройством являлись пациентами центра «Гранат» и ГБУЗ ДЗМ «Психиатрическая клиническая больница № 4 имени П.Б. Ганнушкина», испытуемые с шизофренией — пациентами Центральной областной клинической психиатрической больницы (ЦМОКПБ), г. Москва.

2-я контрольная группа состояла из 20 условно здоровых (нейротипичных) испытуемых. Согласно сведениям, полученным от обследуемых, они не имели особенностей, которые могли бы косвенно отражать нарушения развития или наличие психопатологических расстройств. Контрольные группы соответствовали основной по половозрастным характеристикам испытуемых.

Все диагнозы были верифицированы врачами-психиатрами.

Во всех трех группах исследование проводилось индивидуально с каждым человеком. Испытуемым

были предоставлены стимульные материалы, дана подробная инструкция с объяснениями и примерами.

Для выявления особенностей мышления у респондентов были использованы экспериментально-психологические методики, направленные на исследование особенностей мышления у взрослых: «Пятый лишний» (20 заданий) [2; 19], «Четвертый лишний» (14 заданий в формате картинок) [2; 19], «Сравнение понятий» (15 пар слов) [1]. Они предлагались каждому испытуемому, и количество нестандартных ответов фиксировалось. Сам выбор неверного лишнего говорил об искажении процесса обобщения или его снижении, а аргументация, кроме названных нарушений, выявляла нарушения мотивационного компонента мышления: логические соскальзывания, разноплановость и резонанс. Стоит уточнить, что у данных методик не существует конкретных пороговых значений, отделяющих количество баллов, характерных для условной нормы, от количества, свидетельствующего о наличии нарушений. Из практики известно, что и в ответах нейротипичных респондентов встречаются единичные нестандартные высказывания. Поэтому, проанализировав полученные данные во всех группах, мы приняли значения в 10% для снижения уровня обобщения и нарушений личностного компонента мышления и 20% для искажения процесса обобщения как условно пороговые, то есть отделяющие респондентов с единичными примерами нестандартного выбора от тех, у кого таких ответов было больше. Последний вариант мы обозначили как тенденцию к продуцированию таких ответов. Определялась доля пациентов, давших единичные ошибочные ответы, и доля пациентов с тенденцией к их продуцированию по каждому признаку для каждой из обследуемых групп.

Также для оценки целенаправленности мышления использовался рассказ в свободной форме. При выполнении последней методики респондентам было предложено размышлять вслух на любую интересную для них тему в течение 5-7 мин. Рассказы были записаны на аудионоситель, что облегчало их дальнейший качественный анализ.

Результаты

Изучение операциональной стороны мышления (методики «Пятый лишний», «Четвертый лишний», «Сравнение понятий») показало, что абсолютно у всех испытуемых всех трёх групп присутствовали единичные высказывания, сделанные с опорой на латентные признаки (< 20% «латентных» ответов у 100% респондентов). Тенденция давать такие ответы (> 20% ответов с опорой на латентный признак) оказалась характерной для трети респондентов группы РАС (6 человек, 30%), подавляющей части группы Ш/ШтР (16 человек, 80%), а в НТ группе присутствовала лишь у 1 человека (5%). Таким образом, тенденция к искаже-

нию процесса обобщения встречалась в группе РАС достоверно реже, чем в группе Ш/ШтР ($a = 0,001 < 0,05$) и достоверно чаще, чем в НТ группе ($a = 0,037 < 0,05$). Например, изучая ряд слов «молоко, сливки, сало, сметана, сыр», респондент из группы аутизма верно исключает слово «сало», но даёт необычное объяснение: «Сало, потому что чтобы сделать сало, надо забить свинью. А остальное можно производить просто из молока коровы, козы и других, кто даёт молоко».

При анализе результатов, отражающих уровень обобщения, оказалось, что во всех трех группах подавляющее большинство респондентов давали единичные (<10%) ответы с опорой на конкретно-ситуативные признаки (10 человек — 50% в группе РАС, 12 человек — 60% в группе Ш/ШтР, 9 человек — 45% в группе НТ). При этом оказалось, что тенденция давать такие ответы (>10%) была представлена практически одинаково в группах РАС и Ш/ШтР (по 35% соотв.), а в группе нейротипичных испытуемых такой тенденции отмечено не было (35% и 0%, $a = 0,004 < 0,05$). Так, испытуемая из группы РАС выделяет общее у понятий «ворона и рыба»: «Если ворона захочет попить, то она может попить из реки, в которой живет рыба. А также ворона может плавать вместе с рыбой».

Изучение личностного компонента мышления (методики «Пятый лишний», «Четвертый лишний», «Сравнение понятий») показало, что в ответах многих испытуемых из всех трех групп присутствовали единичные (<10%) высказывания, характерные для нарушения данного компонента: ответы, имеющие оттенок резонерства, содержащие разноплановость или соскальзывания (10 человек, 50% в группе РАС и по 9 человек, 45%, в группах Ш/ШтР и группе НТ). При этом, тенденция давать такие ответы (>10%) была присуща четверти группы РАС (5 человек, 25%), малой части группы шизофрении (3 респондента, 15%) и оказалась не характерна для нейротипичной группы. Различия между количеством человек с тенденцией к таким высказываниям несущественна между группами РАС и Ш/ШтР (25% и 15%, $a = 0,429 > 0,05$) и значима между РАС и НТ группами (25% и 0%, $a = 0,017 < 0,05$). Так, элементы соскальзывания можно увидеть в ответе респондента из группы РАС: «Злой лишнее. Потому что смелый, храбрый, решительный, отважный — это очень хорошо. Злой — это уже не хорошо, а плохо. Я и сам страдаю. Вот когда папа смотрит телевизор, он уже ругается от этого телевизора».

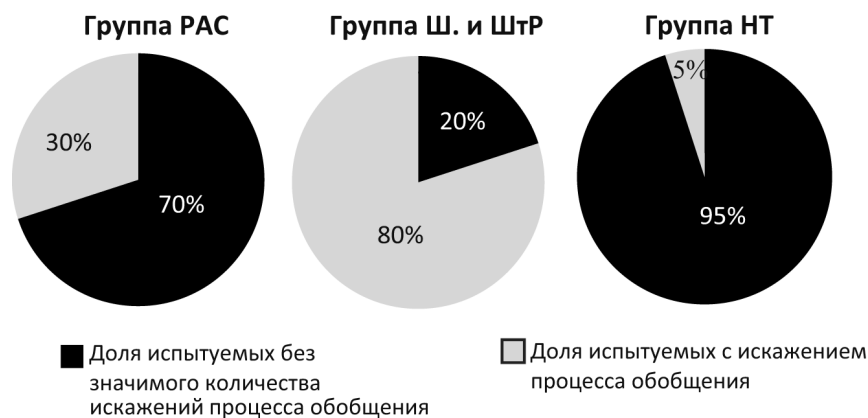


Рис. 1. Представленность случаев с искажением процесса обобщения в исследуемых группах

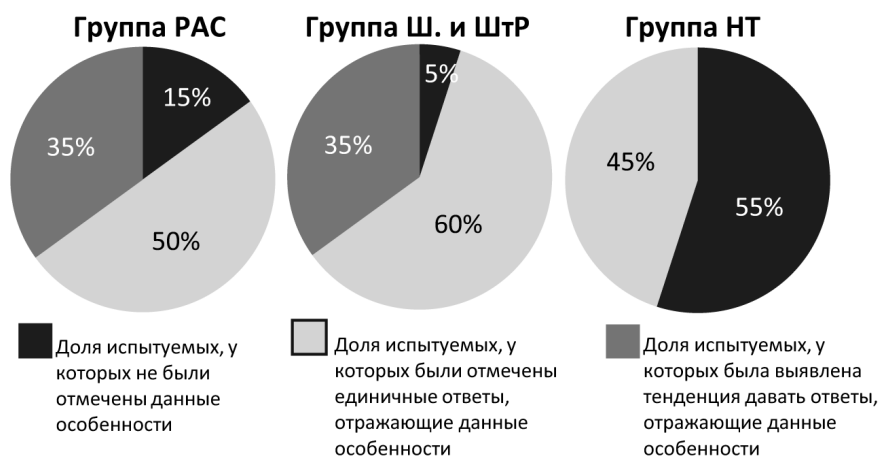


Рис. 2. Представленность случаев со снижением уровня обобщения в исследуемых группах

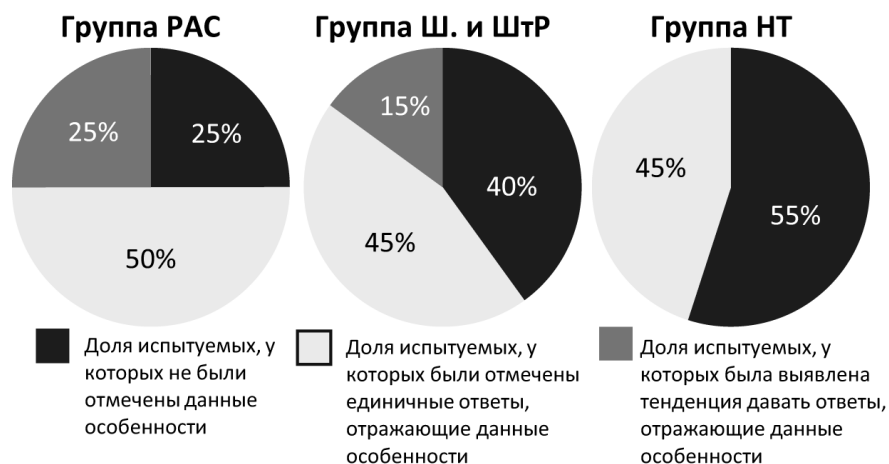


Рис. 3. Представленность случаев с нарушением личностного компонента мышления в исследуемых группах

Анализ рассказов показал следующие особенности рассуждений, характерные для респондентов:

В группе РАС у половины испытуемых (10 человек, 50%) было отмечено снижение целенаправленности мышления в виде его аморфности, ухода по случайным ассоциациям от изначальной темы: «У меня очень необычный костюм. Зверюшка волшебная. Ну... это секрет. Слушайте... я бы вас хотела пригласить куда-нибудь. Но я знаю, вы ненадолго. А каково у вас в городе?..». В группе Ш/ШтР данная особенность была отмечена у третьей части (7 человек, 35%), а в группе НТ была отмечена лишь лёгкая аморфность в виде единичных соскальзываний с последующим возвращением к основной теме (2 человека, 10%). Таким образом, доля испытуемых, у которых отмечена аморфность мышления, в группе РАС несущественно выше, чем в группе Ш/ШтР, но достоверно больше, чем в НТ группе (50% и 35%, $\chi^2 = 0,337 > 0,05$, и 50% и 0%, $\chi^2 = 0,00 < 0,05$ соответственно).

У небольшой части испытуемых с аутизмом была отмечена обстоятельность мышления (4 человека, 20%). В группе шизофрении данные особенности были отмечены у такой же части респондентов (4 человека, 20%), а в группе условно здоровых взрослых — у одного человека (1 респондент, 5%).

Также у малой части группы аутизма (3 человека, 15%) в рассуждениях проявилась недостаточность «модели психического», проявлявшаяся в неучете понятности/непонятности собственного хода мыслей для собеседника: «Я надена дома костюм и сама себе конфеты куплю. И потом ещё маму подожду. И что-нибудь такое хэллоуинское, включу какую-нибудь музыку. А этот астронавт ещё в Хэллоуин вписался...». В контрольных группах данные особенности отмечены не были.

Вследствие того, что в результате сложившейся до 2014 года традиции изменять диагноз детского аутизма на шизофрению или шизотипическое

расстройство по достижении пациентом возраста 18 лет, врачом-психиатром в процессе исследования была проведена оценка состояния респондентов на настоящий момент. Согласно результатам этой оценки, 7 респондентов в группе РАС могли соответствовать диагнозу синдрома Аспергера во взрослом возрасте. Остальные 13 человек имели те или иные признаки произошедшего за годы эмоционально-волевого снижения, парамимичности, выраженной в разной степени эмоциональной неадекватности, субкататонических, психопатоподобных и аффективных расстройств. Несмотря на отсутствие возможности у части респондентов провести ретроспективное сравнение с психическим состоянием ранее, тем не менее, на основании данных психического статуса можно было думать в данных случаях о течении шизотипического процесса. Кроме того, в данном контексте нельзя не напомнить замечание В.М. Башиной о возможности в динамике практически любых переходов между диагностическими группами: непрогредиентного на начальном этапе варианта, в прогредиентный в разной степени, прогредиентного варианта — к стабилизации состояния с положительной динамикой [3]. Ретроспективная оценка диагнозов в динамике показала, что большинство респондентов с диагнозом «синдром Аспергера» в детстве соответствовало взрослому синдрому Аспергера на момент обследования: 7 из 12 (58,3%) изначально имевших этот диагноз. 5 случаев «детского» синдрома Аспергера и все 8 случаев атипичного аутизма без умственной отсталости клинически соответствовали диагнозу шизотипического расстройства. Таким образом, количество малопрогредиентных случаев в динамике увеличилось, а стабильных — уменьшилось.

Внутри группы РАС было проведено сравнение полноты представленности обнаруженных симптомов формальных расстройств мышления у пациентов со «взрослым» синдромом Аспергера и таковых с шизотипическим расстройством с историей РАС. Были

определены средние значения количества симптомов, исходя из его максимума, равного 6: актуализация латентных признаков, формальность, резонерство, логические соскальзывания, разноплановость, аморфность мышления. Среднее количество симптомов у лиц с непрогредиентным синдромом Аспергера было достоверно меньше такового у лиц с шизотипическим расстройством с историей РАС: 0,86 и 2,4 (0,86 и 2,4, $U = 76$, $p < 0,05$).

Имевшееся же одно наблюдение резко отличалось и по истории заболевания, и по психическому статусу на момент обследования. Пациент, имевший в детстве диагноз высокофункционального атипичного аутизма и перенесший в подростковом возрасте два полиморфных психотических приступа с галлюцинозно-бредовой и кататано-гебефренной симптоматикой, продемонстрировал полную разорванность мышления, вследствие которой выполнение методик оказалось невозможным, и он не был включен ни в одну из групп наблюдений. Однако даже единственный такой пример позволяет предполагать, что манифестация «большой» шизофренической симптоматики у пациента с диагнозом аутизма в детстве может приводить к драматическому нарастанию степени расстройств мышления.

Обсуждение

Полученные результаты подтверждают наличие у части взрослых с РАС формальных нарушений мышления, характерных как для диссоциативного, так и для органического симптомокомплекса, при этом в исследовании представленность первых была выше. Необходимо отметить, что диагностическую значимость в плане отличия от нейротипичных субъектов формальные расстройства мышления приобретали при их наличии на уровне, обозначенном нами как «тенденция», и не имели таковой значимости в случаях единичных ответов.

Заслуживающей внимания находкой представляется выраженное различие в представленности ответов с актуализацией латентных признаков между пациентами с РАС и Ш/ШтР. Для последних данное нарушение является типичным, в то время как для пациентов группы РАС оно представлено в меньшинстве случаев. Одним, но, вероятно, не единственным, возможным объяснением этого может быть знакомство респондентов группы РАС с методиками: обычно они с детства выполняют задания по типу «Исключение лишнего» в процессе дефектологических занятий. Рассказ же не ограничен рамками и не зависит от усвоенных стереотипов. Другим гипотетически возможным объяснением может быть меньшая способность к образованию далёких ассоциаций у пациентов с аутизмом по сравнению с больными шизофренией. Иными словами, пациент с историей нарушенного развития выделяет латентный и одно-

временно конкретный и более простой признак, чем пациент с шизофренией.

Это подтверждает данные, представленные С.Я. Рубинштейн, согласно которым у респондентов с расстройствами аутистического спектра в значимом количестве отмечается искажение процесса обобщения [18]. Наши результаты также согласуются с некоторыми западными исследованиями, обнаружившими у аутичных людей такие формальные расстройства мышления как разрыхление ассоциаций и алогичность (М. Eussen, 2015; М. Solomon, 2008), и с более традиционными для американско-ориентированной научной школы акцентами на конкретности и буквальности мышления при аутизме (P.R. Hobson, 2013). Различия касаются лишь трактовки этих данных [23; 26; 30]. Так, U. Frith (1994) предполагала, что одно и то же подлежащее когнитивное расстройство может присутствовать при патологиях с разной этиологией [24]. В другом исследовании (N.A. Rumsey с соавт., 1986) было обнаружено, что респонденты с аутизмом демонстрируют меньше признаков «позитивных расстройств мышления»: паралогичности и нецеленаправленности, — чем больные шизофренией, однако обе группы не различаются по выраженности эмоционального уплощения [29].

В целом, обнаруженные у группы РАС нарушения мышления могли быть оценены как негрубые. Резкое усугубление расстройств мышления у одного испытуемого после манифестации психоза говорит в пользу известной зависимости расстройств мышления от тяжести продуктивной симптоматики. В данном случае его предшествующее психозу состояние могло рассматриваться как *pathos* А.В. Снежневского, а исходное — как *posos* [21].

В процессе наблюдения за испытуемыми с РАС и общения с ними были также отмечены такие особенности как «недостаточность модели психического» и «приверженность интересам». Первое проявлялось в том, что испытуемые зачастую не всегда вели себя корректно, задавали «неудобные» и «неуместные» вопросы, нарушали личные границы окружающих своим поведением. Иногда встречалось чрезмерное «социально желательное» поведение, которое также очень сильно проявлялось в речи, поведении. «Приверженность интересам» была отмечена в том, что испытуемые предпочитали говорить на тему своего увлечения.

Оказалось, что для выявления особенностей мышления у взрослых людей с диагнозом из расстройств аутистического спектра, поставленным в детстве, которые свидетельствуют об искажении процесса обобщения, наиболее демонстративна методика «Четвертый лишний». В то же время, особенности, характерные для снижения процесса обобщения, наиболее ярко проявились при прохождении испытуемыми методики «Пятый лишний», а методика «Сравнение понятий» оказалась наиболее демон-

стративной для выявления особенностей, указывающих на наличие нарушений личностного компонента мышления.

Выводы и заключение

По представленности случаев актуализации латентных признаков респонденты с РАС заняли промежуточное положение между группой Ш/ШТР и НТ, дав достоверно меньший процент таких ответов, чем пациенты с Ш/ШТР, но достоверно больший, чем условно здоровые испытуемые.

Такие нарушения мышления как логические скальзывания, резонерство и разноплановость оказались представленными примерно в одинаковой степени у пациентов с РАС и Ш/ШТР и отсутствовали в НТ группе. Аморфность мышления присутствовала приблизительно в одинаковой степени у пациентов с РАС и Ш/ШТР, а в НТ группе встречалась достоверно реже.

Снижение уровня обобщения оказалось характерным примерно в одинаковой степени как для пациентов с РАС, так и для пациентов с Ш/ШТР, и отсутствовало в НТ группе. Обстоятельность мышления была одинаково представлена у пациентов с РАС и Ш/ШТР, а в НТ группе оказалась единичной находкой.

В целом, особенности мышления, характерные как для диссоциативного, так и для органического симптомокомплекса, оказались весьма близкими у пациентов с аутизмом и шизофренией/шизотипическим расстройством.

Внутри группы с диагнозом РАС, поставленным в детстве, присутствовали как пациенты со стабильной во времени картиной высокофункционального

аутизма — взрослые с синдромом Аспергера, — так и пациенты с признаками негрубого течения болезненного процесса, наиболее подходящим диагнозом для которых было шизотипическое расстройство. Последние продемонстрировали наличие большего количества формальных расстройств мышления, чем первые.

Ретроспективно была обнаружена тенденция перехода непрогредиентных форм детской патологии в малопрогредиентные. Однако определенным ограничением в трактовке этих результатов являлись трудности подбора диагноза в детском возрасте по номенклатуре МКБ-10. Отсутствие в ней рубрик для прогредиентных детских (шизофренических и шизотипических) процессов, по всей видимости, в части случаев вынуждало психиатров ставить диагноз атипичного аутизма, несмотря на картину процессуального заболевания. В связи с этим анализ динамики диагнозов не может считаться полноценным.

Полученные данные, с одной стороны, подтверждают лишь относительную нозоспецифичность диссоциативного симптомокомплекса [14]. С другой стороны, вкупе с оценкой психического статуса в динамике и акцентом на полноте представленности расстройств мышления, могут рассматриваться как один из дифференциально-диагностических критериев разграничения стабильных вариантов аутизма и текущих процессов. В перспективе продолжение данного направления исследований может внести свой вклад в изучение когнитивной сферы взрослых пациентов с аутизмом. Помимо этого, по результатам работы можно строить гипотезы и об уровне социальной адаптации пациентов с РАС, а также думать о возрастной динамике при искаженном типе дизонтогенеза у взрослых. ■

Литература

1. Альманах психологических тестов / сост. С. Римский, Р.Р. Римская. Москва: КСП, 1995. С. 134–135. ISBN 5-88694-019-7.
2. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы. Москва: Генезис, 2010. 12 с. ISBN 978-5-98563-226-2.
3. Башина В.М. Аутизм в детстве. Москва: Медицина, 1999. 280 с. ISBN 5-225-04534-0.
4. Бородина Л.Г. Особенности психопатологии у взрослых с диагнозом расстройств аутистического спектра в детстве // Психиатрия. 2019. Т. 17. № 1. С. 30–38. DOI:10.30629/2618-6667-2019-81-30-38
5. Верещагина Н.В., Николаева Е.И. К вопросу о механизмах нарушения мышления и речи у детей с аутистическими состояниями // Психология образования в поликультурном пространстве. 2010. № 2. С. 45–51.
6. Зейгарник Б.В. Мотивы мышления // Психологические исследования интеллектуальной деятельности: сб. статей / под ред. О.К. Тихомирова. Москва: изд-во МГУ, 1979. С. 34–38.
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология: учебник для ВУЗов. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: изд-во МГУ, 1986. 286 с.
8. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психологический журнал. 1989. Т. 10. № 2. С. 122–132.
9. Иванова М.М., Бородина Л.Г. Особенности мышления у детей с аутизмом без умственной отсталости // Аутизм и нарушения развития. 2020. Т. 18. № 1. С. 38–50. DOI:10.17759/autdd.2020180105
10. Каган В.Е. Аутизм у детей. Ленинград: Медицина, 1981. 208 с.
11. Кобзова М.П., Зверева Н.В., Щелокова О.А. О некоторых особенностях вербально-логического мышления в норме и при шизотипическом расстройстве (на примере методики «Четвертый лишний») // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 3. С. 100–118. DOI:10.17759/cpse.2018070306
12. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихологический синдром в системном исследовании патологии психической деятельности // Психологический журнал. 2004. Т. 25. № 6. С. 53–62.

13. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. Москва: изд-во МГУ, 1991. 256 с. ISBN 5-211-01492-8.
14. Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С. Патопсихологические симптомокомплексы нарушений познавательной деятельности при психических заболеваниях: факторная структура и диагностическая информативность // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1989. № 6. С. 86–92.
15. Мелешко-Брушлинская Т.К., Критская В.П. Патопсихология шизофрении. Москва: Когито-Центр, 2015. 530 с. ISBN 978-5-9270-0306-8.
16. Никольская О.С. Структура нарушения психического развития при детском аутизме [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. 2014. № 18. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/struktura-narusheniya-psihicheskogo-razvitiya-pri> (дата обращения: 03.03.2021).
17. Расстройства аутистического спектра у детей: научно-практическое руководство / под ред. Н.В. Симашковой. Москва: Авторская академия, 2013. 264 с. ISBN 978-5-91902-026-4.
18. Ремшмидт Х. Аутизм — клинические проявления, причины и лечение. Москва: Медицина, 2003. 120 с. ISBN 5-225-03324-5.
19. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: (практическое руководство): учебное пособие для студентов педагогических институтов. Москва: Апрель-Пресс: Психотерапия, 2010. 224 с. ISBN 978-5-903182-70-1.
20. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А. Мультидисциплинарные клинико-психологические аспекты диагностики детского аутизма и детской шизофрении // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы: Коллективная монография. Москва: МГППУ, 2016. С. 132–146. ISBN 978-5-94051-150-4.
21. Снежневский А.В. Шизофрения (цикл лекций 1964 г.). Москва: МАКС Пресс, 2008. 196 с. ISBN 978-5-317-02335-5.
22. Соловьева С.И. Медицинская психология: Конспект лекций. Москва: АСТ, 2004. 154 с.
23. Eussen M.L.J.M., de Bruin E.I., van Gool A.R. et al. Formal thought disorder in autism spectrum disorder predicts future symptom severity, but not psychosis prodrome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2015, vol. 24, pp. 163–172. DOI:10.1007/s00787-014-0552-9
24. Frith U. Autism and theory of mind in everyday life. *Social Development*, 1994, vol. 3, no. 2, pp. 108–124. DOI:10.1111/j.1467-9507.1994.tb00031.x
25. Happé F. Autism is growing up [Электронный ресурс] / CNN health. May 20, 2014. URL: <https://edition.cnn.com/2014/05/20/health/autism-adults/index.html> (дата обращения: 15.03.2020).
26. Hobson P.R. Autism, Literal Language and Concrete Thinking: Some Developmental Considerations. *Metaphor and Symbol*, 2012, vol. 27, no. 1, pp. 4–21. DOI:10.1080/10926488.2012.638814
27. Jordan R., Powell S. Understanding and teaching children with autism. Chichester: Wiley, 1995. — 175 p. ISBN 0-47195888-3.
28. Pellicano E. The Development of Core Cognitive Skills in Autism: A 3 Year Prospective Study. *Child Development*, 2010, vol. 81, pp. 1400–1416. DOI:10.1111/j.1467-8624.2010.01481.x
29. Rumsey N., Bull R., Gahagan D. A developmental study of children's stereotyping of facially deformed adults. *British Journal of Psychology*, 1986, vol. 77, pp. 269–274. DOI:10.1111/j.2044-8295.1986.tb02001.x
30. Solomon M., Ozonoff S., Carter C., Caplan R. Formal Thought Disorder and the Autism Spectrum: Relationship with Symptoms, Executive Control, and Anxiety. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2008, vol. 38, no. 8, pp. 1471–1484. DOI:10.1007/s10803-007-0526-6
31. Trevisan D., Foss-Feig J., Naples A. et al. Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia Are Better Differentiated by Positive Symptoms Than Negative Symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 2020, vol. 11, article no. 548. 10 p. DOI:10.3389/fpsy.2020.00548

References

1. Rimskii S., Rimskaya R.R. (arrangers) Al'manakh psikhologicheskikh testov [Almanac of psychological tests]. Moscow: Publ. KSP, 1995. Pp. 134–135. ISBN 5-88694-019-7.
2. Balashova E.Yu., Kovyazina M.S. Neiropsikhologicheskaya diagnostika. Klassicheskie stimul'nye materialy [Neuropsychological diagnostic. Classic stimulus materials]. Moscow: Publ. Genezis, 2010. 12 p. ISBN 978-5-98563-226-2.
3. Bashina V.M. Autizm v detstve [Autism in Childhood]. Moscow: Publ. Meditsina, 1999. 280 p. ISBN 5-225-04534-0.
4. Borodina L.G. Osobennosti psikhopatologii u vzroslykh s diagnozom rasstroistv autisticheskogo spektra v detstve [Psychopathology in adults with child diagnosis of autism spectrum disorders]. *Psikhiatriya [Psychiatry (Moscow)]*, 2019, vol. 17, no.1, pp. 30–38. DOI:10.30629/2618-6667-2019-81-30-38
5. Vereshchagina N.V., Nikolaeva E.I. K voprosu o mekhanizmax narusheniya myshleniya i rechi u detei s autisticheskimi sostoyaniyami [To the question of the mechanisms of thinking and speaking in children with autistic conditions (results of pathopsychological research)]. *Psikhologiya obrazovaniya v polikul'turnom prostranstve [Psychology of education in a multicultural space]*, 2010, no. 2, pp. 45–51.
6. Zeigarnik B.V. Motivy myshleniya [Motives of thinking]. In Tikhomirov O.K. (ed.) *Psikhologicheskie issledovaniya intellektual'noi deyatelnosti: sbornik statei [Psychological research of intellectual activity: digest]*. Moscow: Publ. Moscow State University, 1979. Pp. 34–38.

7. Zeigarnik B.V. Patopsikhologiya: uchebnik dlya VUZov [Pathopsychology: higher education textbook]. 2nd ed. Moscow: Publ. Moscow State University, 1986. 286 p.
8. Zeigarnik B.V., Kholmogorova A.B., Mazur E.S. Samoregulyatsiya povedeniya v norme i patologii [Self-regulating behavior in the normal and the pathological]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 1989, vol. 10, no. 2, pp. 122–132.
9. Ivanova M.M., Borodina L.G. Osobennosti myshleniya u detei s autizmom bez umstvennoi otstalosti [Cognitive Features in Autistic Children without Intellectual Disability]. *Autizm i narusheniya razvitiya [Autism and Developmental Disorders (Russia)]*, 2020. Т. 18. № 1. С. 38–50. DOI:10.17759/autdd.2020180105
10. Kagan V.E. Autizm u detei [Autism in children]. Leningrad: Publ. Meditsina, 1981. 208 p.
11. Kobzova M.P., Zvereva N.V., Shchelokova O.A. O nekotorykh osobennostyakh verbal'no-logicheskogo myshleniya v norme i pri shizotipicheskom rasstroistve (na primere metodiki «Chetvertyi lishnii») [Some Features of Verbal-Logical Thinking in the Norm and in Schizotypic Disorder (Using the Example of the Fourth Extra Technique)]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya [Clinical Psychology and Special Education]*, 2018, vol. 7, no. 3, pp. 100–118. DOI:10.17759/cpse.2018070306
12. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov Yu.F. Patologiya psikhicheskoi deyatel'nosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshchenie, poznanie [Pathology of psychological activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition]. Moscow: Publ. Moscow State University, 1991. 256 p. ISBN 5-211-01492-8.
13. Kritskaya V.P., Meleshko T.K. Patopsikhologicheskii sindrom v sistemnom issledovanii patologii psikhicheskoi deyatel'nosti [Pathopsychological syndrome in the systemic research of the pathology of psychological activity]. *Psikhologicheskii zhurnal [Psychological Journal]*, 2004, vol. 25, no. 6, pp. 53–62.
14. Kudryavtsev I.A., Safuanov F.S. Patopsikhologicheskie simptomokompleksy narusheniya poznatel'noi deyatel'nosti pri psikhicheskikh zabolovaniyakh: faktornaya struktura i diagnosticheskaya informativnost' [Complex pathopsychological symptoms of cognitive activity disorders in mental illnesses: structure of factors and diagnostic informativity]. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova [Neurology and Psychiatry Journal]*, 1989, no. 6, pp. 86–92.
15. Meleshko-Brushlinskaya T. K., Kritskaya V. P. Patopsikhologiya shizofrenii [Pathopsychology of schizophrenia]. Moscow: Publ. Kogito-Tsentr, 2015. 530 p. ISBN 978-5-9270-0306-8.
16. Nikol'skaya O.S. Struktura narusheniya psikhicheskogo razvitiya pri detskom autizme [The structure of [disordered] psychical development in infantile autism] [Web resource]. *Al'manakh Instituta korrektsionnoi pedagogiki RAO [Almanac of the Institute of Special Education of the Russian Academy of Sciences]*, 2014, no. 18. URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/struktura-narusheniya-psihicheskogo-razvitiya-pri> (Accessed 03.03.2021).
17. Simashkova N.V. (ed.) Rasstroistva autisticheskogo spektra u detei: nauchno-prakticheskoe rukovodstvo [Autism spectrum disorders in children: practical guide]. Moscow: Publ. Avtorskaya akademiya, 2013. 264 p. ISBN 978-5-91902-026-4.
18. Remschmidt H. Autizm — klinicheskie proyavleniya, prichiny i lechenie [Autism — clinical manifestations, causes and treatment]. Moscow: Publ. Meditsina, 2003. 120 p. ISBN 5-225-03324-5.
19. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsikhologii i opyt primeneniya ikh v klinike: (prakticheskoe rukovodstvo): uchebnoe posobie dlya studentov pedagogicheskikh institutov [Experimental methodics of pathopsychology and the experience of their application in treatment: guide for students of pedagogic institutes]. Moscow: Publ. Aprel'-Press: Psikhoterapiya, 2010. 224 p. ISBN 978-5-903182-70-1.
20. Simashkova N.V., Koval'-Zaitsev A.A. Mul'tidistsiplinarnye kliniko-psikhologicheskie aspekty diagnostiki detskogo autizma i detskoj shizofrenii [Multidisciplinary clinical and psychological aspects of diagnosing autism and schizophrenia in children]. In *Diagnostika v meditsinskoj (klinicheskoi) psikhologii: sovremennoe sostoyanie i perspektivy: Kollektivnaya monografiya [Diagnostics in clinical psychology: current condition and perspectives: Collective monography]*. Moscow: Publ. Moscow State University of Psychology and Education, 2016. Pp. 132–146. ISBN 978-5-94051-150-4.
21. Snezhnevskii A.V. *Shizofreniya (tsikl leksii 1964 g.) [Schizophrenia (1964 lecture course)]*. Moscow: Publ. MAKS Press, 2008. 196 p. ISBN 978-5-317-02335-5.
22. Solov'eva S.L. Meditsinskaya psikhologiya: Konspekt leksii [Clinical psychology: Lecture course]. Moscow: Publ. AST, 2004. 154 p.
23. Eussen M.L.J.M., de Bruin E.I., van Gool A.R. et al. Formal thought disorder in autism spectrum disorder predicts future symptom severity, but not psychosis prodrome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2015, vol. 24, pp. 163–172. DOI:10.1007/s00787-014-0552-9
24. Frith U. Autism and theory of mind in everyday life. *Social Development*, 1994, vol. 3, no. 2, pp. 108–124. DOI:10.1111/j.1467-9507.1994.tb00031.x
25. Happé F. Autism is growing up [Web resource] / CNN health. May 20, 2014. URL: <https://edition.cnn.com/2014/05/20/health/autism-adults/index.html> (Accessed 15.03.2020).
26. Hobson P.R. Autism, Literal Language and Concrete Thinking: Some Developmental Considerations. *Metaphor and Symbol*, 2012, vol. 27, no. 1, pp. 4–21. DOI:10.1080/10926488.2012.638814
27. Jordan R., Powell S. Understanding and teaching children with autism. Chichester: Wiley, 1995. — 175 p. ISBN 0-47195888-3.
28. Pellicano E. The Development of Core Cognitive Skills in Autism: A 3-Year Prospective Study. *Child Development*, 2010, vol. 81, pp. 1400–1416. DOI:10.1111/j.1467-8624.2010.01481.x
29. Rumsey N., Bull R., Gahagan D. A developmental study of children's stereotyping of facially deformed adults. *British Journal of Psychology*, 1986, vol. 77, pp. 269–274. DOI:10.1111/j.2044-8295.1986.tb02001.x

30. *Solomon M., Ozonoff S., Carter C., Caplan R.* Formal Thought Disorder and the Autism Spectrum: Relationship with Symptoms, Executive Control, and Anxiety. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2008, vol. 38, no. 8, pp. 1471–1484. DOI:10.1007/s10803-007-0526-6
31. *Trevisan D., Foss-Feig J., Naples A. et al.* Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia Are Better Differentiated by Positive Symptoms Than Negative Symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 2020, vol. 11, article no. 548. 10 p. DOI:10.3389/fpsy.2020.00548

Информация об авторах

Иванова Маргарита Михайловна, студент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3945-5486>, e-mail: upk.ivanova@yandex.ru

Бородина Любовь Георгиевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8204-2113>, e-mail: bor111a@yandex.ru

Information about the authors

Margarita M. Ivanova, Student, Department of Clinical & Forensic Psychology, Faculty of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3945-5486>, e-mail: upk.ivanova@yandex.ru

Lyubov' G. Borodina, PhD in Medicine, Associate Professor, Department of Clinical & Forensic Psychology, Faculty of Legal Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8204-2113>, e-mail: bor111a@yandex.ru

Получена 28.12.2020

Принята в печать 09.03.2021

Received 28.12.2020

Accepted 09.03.2021

МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
MEDICAL SUPPORT

**Integrating Treatment for Autism: Psychiatric Comorbidities
and Comprehensive Treatment**

China I. Parenteau

University of California San Francisco, San Francisco, United States,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6812-9263>, e-mail: China.Parenteau@ucsf.edu

Rachel M. Tsipan

University of California Berkeley, San Francisco, United States,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2585-9415>, e-mail: Rachel.Tsipan@berkeley.edu

Robert L. Hendren

University of California San Francisco, San Francisco, United States,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8470-4862>, e-mail: Robert.Hendren@ucsf.edu

Autism Spectrum Disorder (ASD) treatment becomes more convoluted when additional mental disorders are present. Comorbidities with ASD discussed in this review include attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), anxiety, depression, disruptive mood dysregulation disorder (DMDD), psychotic and bipolar disorder. As these disorders typically affect multiple endophenotypes, from genetics to behavior, treatment must aim to target multiple layers, all the while minimizing side effects. Evidence-based therapies for ASD and comorbidities can range from psychosocial interventions to psychotropic medicines, with a varying degree of effectiveness for pairings of comorbidities and combinations of treatment. This review aims to create a brief overview of ASD comorbidities and discuss treatment options based on prior evidence-based research. Appropriate treatment is dependent on specific symptomatology, but evidence suggests that integrative-targeted treatment is typically more effective than stand-alone treatments.

Keywords: autism, comorbidities, endophenotypes, integrative medicine, psychosocial interventions, psychopharmacological treatment, drug treatment.

For citation: Parenteau C.I., Tsipan R.M., Hendren R.L. Integrating Treatment for Autism: Psychiatric Comorbidities and Comprehensive Treatment. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2021. Vol. 19, no. 1 (70), pp. 44–52. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2021190105> (In Russ.).

**Интеграция помощи людям с РАС: коморбидные состояния
в психиатрии и комплексная терапия**

Паренте Ч.И.

Калифорнийский университет в Сан-Франциско, Сан-Франциско, США,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6812-9263> e-mail: China.Parenteau@ucsf.edu

Ципан Р.М.

Калифорнийский университет в Беркли, Сан-Франциско, США,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2585-9415> e-mail: rachel.tsipan@berkeley.edu

Хендрен Р.Л.

Калифорнийский университет в Сан-Франциско, Сан-Франциско, США,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8470-4862> e-mail: Robert.Hendren@ucsf.edu

Сопутствующие психические заболевания осложняют процесс терапии при расстройствах аутистического спектра. В данной статье обсуждаются такие коморбидные состояния, сопутствующие РАС, как синдром дефицита внимания и гиперактивности, тревожность, депрессия, деструктивное расстройство дисрегуляции настроения, психотические и биполярные расстройства. Так как данные заболевания, как правило, затрагивают множество эндотипов, от генетического до поведенческого, то и терапия должна быть многоцелевой с максимально сниженными при этом побочными эффектами. Вмешательства с доказанной эффективностью при РАС и коморбидных состояниях могут варьировать от психосоциальной коррекции до лечения психотропными препаратами с различной степенью эффективности в зависимости от сочетания коморбидных состояний и комбинаций терапевтических стратегий. В данном обзоре поставлена цель краткого представления коморбидных состояний при РАС, а также обсуждение возможных вариантов терапии, основанной прежде всего на доказательных исследованиях. Подбор терапии зависит от симптоматики в каждом конкретном случае, но данные свидетельствуют о большей эффективности интегративно-целевой терапии по сравнению с терапией отдельных коморбидных состояний.

Ключевые слова: аутизм, коморбидные состояния, эндотипы, интегративная медицина, психосоциальная коррекция, психофармакологическая терапия, медикаментозная терапия.

Для цитаты: Паренте Ч.И., Ципан Р.М., Хендрен Р.Л. Интеграция помощи людям с РАС: коморбидные состояния в психиатрии и комплексная терапия // Аутизм и нарушения развития, 2021. Том 19, № 1 (70). С. 44–52. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2021190105>

ASD & Mental Comorbidities

ASD can become even more complex to treat when comorbidities are present. Mental comorbidities with ASD can come in many forms, but for the purposes of this paper we will focus on the following: ADHD, anxiety, depression, DMDD, psychotic and bipolar disorder. ASD and comorbidities originate from genes, the environment and the interaction of the two. Because of this, when treating autism and its comorbidities, one should consider targeting multiple layers (endophenotypes) to improve ASD and co-occurring neurodevelopmental disorders.

The terroir model draws a parallel to the layers of the earth, where symptoms (phenotypes) are the observable on the surface of the earth, and genes are earth's core. Between these layers are interacting levels composing the endophenotype. Level one refers to DNA and mRNA where gene modification is a potential treatment solution. Level two consists of cell modulation and physiological processes, which are targeted with biomedical and epigenetic treatments. Level three is composed of reshaping neuromodulators, brain structure and brain function. Targeted treatment for both levels two and three consists of pharmacotherapy, while levels three and four are targeted by speech and language therapy, occupational therapy, and cognitive-behavioral therapy (CBT). Lastly, level four treatment aims to change cognition through behavioral interventions, and family support and structure [14]. Although this model has associated treatment types with one or two epigenetic layers, typically treatments will indirectly affect more than

one level of the endophenotype. Combining treatments can maximize the endophenotypes targeted, making for a more comprehensive treatment.

Although it is important to note that singular treatments targeting only one symptom are typically less effective than combining a multitude of treatment techniques to target multiple symptoms, one must also consider the interactions of multiple treatments and monitor any additional or increased negative side effects. When dealing with medications, prescribers must be aware of polypharmacy and potential risks that coincide. However, combined interventions that target different mechanisms can often produce a number of complimentary results.

Specialists delivering treatment must also consider barriers that individuals and families may run into. There are regulatory barriers, such as drug treatments not yet approved in the home country — in fact, some of the drugs mentioned in this paper are only available in the United States. There are also insurance barriers when it comes to both drug and psychotherapy treatment [56]. Stigmatization and lack of racial and cultural-matched treatment providers can also prevent individuals, often minorities, from seeking treatment [31; 37; 49]. It's important for physicians to recognize both biological and societal factors that may affect a patient's treatment.

Comorbid ADHD

In 2013, a shift in the field occurred when ADHD was permitted as a possible comorbidity of ASD in the

DSM-5. 40–70% of children with ASD have a comorbid ADHD diagnosis, making it the most common ASD comorbidity [2]. With some notable overlapping symptoms, it is unsurprising that in a latent class analysis, ASD symptoms did not occur without ADHD symptoms [52]. However, besides the obvious heightened inattention problems that come with a comorbid ADHD diagnosis, there are also other troubling behaviors and functioning that are amplified, such as increased anxiety, worse working memory and decreased empathy [6]. Looking at similarities across the endophenotypes can help illuminate why some of these deficits might be exacerbated in a comorbid population.

From genetics to cognition, ASD and ADHD share many commonalities. There is a 50–72% overlap among the driving genetic factors in ASD and ADHD [30]. Both familial and twin studies have supported the tight genetic tie between the two disorders [40; 42]. On a neuronal level, through measuring centrality with fMRI, similar abnormalities were found in the precuneus, a region of the brain involved in visuospatial processing, episodic memory and affective responses to pain [3; 8]. Di Martino et al., [8]- also found that individuals with comorbid symptoms had similar ADHD-like abnormalities in the basal ganglia (while those with ASD only did not), illuminating the idea that we must approach treatment for those with just ASD versus comorbid ASD and ADHD differently. We also see overlapping impairments in social and executive functioning across the two groups [1]. Now that we have outlined some associations between the origins and deficits in ASD & ADHD, the question becomes, what are some possible ways to treat it?

Stimulants

The most common two stimulants include amphetamines and methylphenidate. There is a limited amount of research on the risks and benefits of amphetamines in individuals with ASD and ADHD, but Reiersen & Todd [41] found that while amphetamines tend to have a higher efficacy than methylphenidate, they also more often lead to increased anxiety, irritability and aggression. Methylphenidate is shown to improve hyperactivity, and possibly inattention (the meta-analysis revealed significant, but not clinically relevant benefits) and it did not negatively impact the core symptoms of ASD [50]. Because of the reduced side effects, some recommend methylphenidate, a dopamine reuptake inhibitor, as the stimulant of choice for ADHD management in individuals with the comorbid ASD diagnosis [23].

Atomoxetine

For those who do not tolerate stimulants well or are uninterested in using a controlled substance, there are also non-stimulant options, such as a norepinephrine reuptake inhibitor, atomoxetine. In a meta-analysis of participants ranging in age from five to seventeen with comorbid ASD & ADHD, atomoxetine was shown to improve hyperactivity, impulsivity and overall ADHD [36].

Across the studies, irritability, nausea and decreased appetite were more commonly experienced in children with ASD compared to typically developing children. One study in particular combined a 10-week parent training paired with atomoxetine and, it proved to be more effective than placebo, with the only troubling side effect being decreased appetite [15].

Alpha-2 Adrenergic Antagonist

Following directly behind The British Association for Psychopharmacology's recommended first-line treatment of methylphenidate is a class of sympathomimetic agents called alpha-2 adrenergic antagonists (for example, guanfacine). These agents work by targeting abnormalities in the prefrontal cortex, which is the area associated with attentiveness and executive functioning.

The most recent research on guanfacine has focused on the extended-release form. Compared to the placebo control group, extended release guanfacine was found to be more effective in reducing hyperactivity, impulsivity and distractibility [45]. The treatment group saw a 43% decline on the ABC hyperactivity subscale, while the placebo group only saw a 13.2% decrease. Adverse side effects consisted of drowsiness, fatigue and decreased appetite. In a follow up analysis, the effects of extended release guanfacine on secondary measures of oppositional behavior, anxiety, repetitive behaviors and sleep disturbance were also examined [38]. Results showed significant decreases in oppositional and repetitive behavior, but there were no significant differences between the extended release guanfacine and placebo group for anxiety and sleep disturbances. Scahill et al. (2015), concludes that extended release is more tolerable and effective in an ASD and ADHD comorbid population than placebo and short release guanfacine.

When treating a patient with comorbid ADHD and ASD, there are a variety of medications to choose from. One must consider the efficacy and tolerability of the substance, in addition to parental and patient preferences. Providers should consider treatments that not only target ADHD symptoms, but also those that have no effect or improve ASD symptomatology.

Comorbid Anxiety (including Obsessive Compulsive Disorder (OCD))

Obsessions in OCD manifest similarly to insistence on sameness and preoccupation in ASD. Likewise, compulsions in OCD appear similarly to rituals/routines in ASD. OCD occurs in those with ASD with a 2.6-37.2% prevalence, and at a two times higher rate than in typically developing children [38]. However, despite these similarities and overlaps there are also notable differences between OCD and ASD, which could contribute to the lowered efficacy of CBT for those who have a comorbid ASD and OCD diagnosis versus OCD-only [35]. Limitations of CBT on a comorbid ASD population can

stem from the lower language and cognitive capabilities those with ASD sometimes experience. Modifying CBT and Exposure Response Prevention therapies to better address the strengths and weaknesses associated with ASD has shown observable differences [35].

The recommendation to modify traditional CBT practices to accommodate ASD symptomatology is also applicable to the broader category of comorbid ASD and anxiety disorders. A systematic review gathered that adaptations may include longer sessions to allow for absorption and appropriate pacing, use of social stories, relaxation strategies, tangible reinforcements, video modeling, games to convey concepts and engage the child, and a parent and school component [55]. Adapted CBT has primarily been tested with high functioning adolescents – perhaps due to the shift of increased expectation and awareness of societal relationships during this period of life, and more developmentally appropriate cognitive capabilities to properly participate in the therapy. More research is needed on the effectiveness and adaptations of CBT for adults with ASD and anxiety, as there are specific issues that arise later in life connected to the disorders, such as issues with romantic relationships and substance use, that CBT could potentially address [27].

There are many pharmacological treatments for those with anxiety-only; however, the four studies that evaluate pharmacological treatments for ASD and anxiety are “outdated, included heterogeneous groups of children who do not precisely characterize the anxiety phenotype, and employ either a retrospective chart review or open-label design” [54]. SSRIs are sometimes used to treat comorbid ASD and anxiety, and those will be discussed further in the following section dedicated to SSRIs.

Comorbid Depression

Depression in an ASD population can prove difficult to diagnose, as most measures are not apt to capture the range of communication abilities and atypical presentations of depression in ASD. However, a recent national survey reported that 49% of their ASD sample of 185 people between the ages of 14 to 80 met the clinical ranges for depression [17]. Depressive symptoms are important to treat at a young age because internalizing symptoms were associated with poor emotional regulation in school and also lead to lower life satisfaction and greater social difficulties in early adulthood.

Comorbid Suicidal Ideation

In the same national survey mentioned above, of the 185 people with ASD, 36% reported suicidal ideation [17]. A systematic review of 13 studies showed the rates of suicidal ideation fell between 11–66% while suicidal attempts were between 1–35% [16]. These rates are higher than the rates of the general population. For example, in

Taiwan, suicide attempts were greater in an ASD population of adolescents and young adults compared to their typically developing counterparts (3.9%:7% respectively; Chen et al., 2017). Additionally, it is highly likely that having a comorbid diagnosis is related to suicidal ideation and attempts, but there are a couple of research limitations that hinder the ability to isolate these relationships. For example, in Hedley & Uljarević’s [16] systematic review, the 13 studies primarily utilized self-report or record review, which does not allow for an accurate temporal assessment of comorbid symptoms and suicide ideation or attempts. Furthermore, the measures used across the 13 aforementioned studies to capture comorbid symptomatology were inconsistent and have not been validated for an ASD population [16]. That being said, a Japan-based study found that those with ASD who received services were less likely to attempt suicide [26].

Comorbid Depression Treatment

Treatment for depression typically involves CBT and/or antidepressants, but these have not been tested thoroughly across age groups and certainly not to their fullest extent in an ASD population. Group CBT was implemented as a randomized controlled trial (RCT) that compared 20 participants with ASD between the ages of 3 to 18. Results showed that those in the treatment group experienced a significant decrease in depression from pre to post-intervention (as measured by the DASS), while the waitlist control group did not (Santomauro et al., 2017). In adults, mindfulness-based therapy, social skills and vocational skills training lead to decreased depression (Sizoo & Kuiper, 2017; Hillier et al., 2011). More research is needed on children and adolescents with ASD and depression before anything definitive can be said about the effectiveness of psychosocial interventions.

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

High usage rates of psychotropic medicines for people with ASD are reported across age groups. One study reports that out of 2,853 children between the ages 2 to 17, 27% took at least one psychotropic medication. Out of those who had a comorbid diagnosis, 80% took at least one psychotropic medication [7]. We see even higher rates in a study examining adolescents and adults with ASD where 57% reported taking psychotropic medication, with an increase to 64% four years later [9]. 81% of those with a comorbid diagnosis took a prescription medication.

There are a variety of SSRIs that have been tested for ASD including fluvoxamine, sertraline, fluoxetine and citalopram. Some were thought to improve core ASD symptomatology, such reducing RRBs, while others target depression, anxiety, and other linked comorbidities.

Serotonin has become a focus in treating ASD because levels are consistently dysregulated in the ASD population, and when corrected, they have proven to improve global functioning and decrease rituals and routines [29]. Adverse effects, such as irritability and agitation, are one of the main deterrents for the use of SSRIs in an ASD population.

Comorbid Psychotic Disorder and Bipolar Disorder

Those who have bipolar disorder (BP) sometimes experience psychotic symptoms. BP, psychotic disorders and ASD have similar genetic risk factors, which is why some studies have chosen to examine all three disorders at once. Whole-genome studies have revealed some similarities [4]. Copy Number Variants and a few rare alleles (NRXN1, 22q11.2, 1q21.1 and 15q13.3 deletions) are all associated with schizophrenia and ASD. Single nucleotide polymorphism alleles (such as SHANK 3), are associated with all three disorders. This evidence leads the authors to conclude that specific genetic loci and alleles may increase the risk of comorbidity. In further support of the interconnectedness of these disorders, having a diagnosis of one, typically means a higher risk of having the other. In a case control study of 9,062 17 to 27-year old's with ASD in Sweden, an ASD diagnosis was highly associated with an increased risk for psychotic and bipolar disorders. The risk was the highest for those with non-ID ASD, and lowest for the sex and age matched sibling controls [46]. Furthermore, Vannucchi et al., [53] found that relatives of patients with ASD had double the risk of being affected by BP.

Prevalence rates differ slightly based on which combination of comorbidities is examined. Kincaid et al., [28] compiled data from seven studies and found that diagnosed ASD was prevalent in 1–52% of the psychotic sample. In adults with Asperger's Syndrome, a bipolar diagnosis was common in 6-21.4% of the systematic review cases [53]. Lastly, one study examined all three disorders and found that out of 129 adults with ASD, 7% had bipolar disorder with psychotic features, and 7.8% had schizophrenia or another psychotic disorder [48]. It is important to differentiate between all the possible comorbid diagnoses because different treatments may be indicated.

Currently, there are no studies that explore treatment for a person with ASD, bipolar disorder, and psychosis despite its relatively high prevalence. This could potentially be because misdiagnosis often occurs with some of the symptoms being indistinguishable from one disorder to the next. Potentially due to the indistinctness and common genetic origins, antipsychotics are used to treat both disorders when comorbid with ASD. It is also suggested to pair treatment with CBT to assist with the anxiety and emotions that may accompany the disorders.

Comorbid Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD)

DMDD is a new addition to the DSM-5. It was created because children were previously being labeled with bipolar disorder even though the symptoms present differently in a young population, and the treatment for BP has different effects on children than adults. For example, typical treatment in adults like mood stabilizers, such as lithium, lead to some exaggerated side effects in children, such as gastrointestinal discomfort, weight gain, headaches and tremors [43]. Criteria for meeting a DMDD diagnosis insists that the child must be at least six years old and symptoms must begin before age 10, with symptoms being present for at least a year. DMDD manifests through severe temper outbursts at least three times a week with reactions being bigger than expected, a sad irritable or angry mood almost every day, and troubles with functioning in more than one context (i.e. at school, home, and/or with friends).

Across studies, the prevalence of DMDD in children with ASD land somewhere in the mid 40's percentage range. In 2015, Mayes et al., found that 45% of children between the ages 6 to 16 with ASD experienced DMDD often, or very often, compared to 3% in the general population. A subsequent Mayes et al. [32] study looked at children ages 2 to 16 and found that DMDD symptoms do not differ from preschool to school age in children with autism as they do with ADHD and oppositional defiant disorder. Despite the high prevalence of DMDD in ASD, there have not been studies that specifically look at treatment options for this comorbid subgroup.

Antipsychotics

Antipsychotics are commonly used to treat schizophrenia and bipolar disorder and can also target ASD symptoms. Antipsychotics are categorized as either typical or atypical and there are benefits and drawbacks associated with each. Typical antipsychotics, such as haloperidol (a dopamine receptor D2 blocker), are associated with a high risk of causing extrapyramidal symptoms (EPS), especially in children. As shown through a randomized double-blind placebo control study (RDBCT), haloperidol has been efficacious in improving social withdrawal and stereotypy, but long-term usage often led to dyskinesia and sedation [13]. In a 12-week RCT study, 30 children and adolescents with ASD were treated with haloperidol or an atypical antipsychotic, risperidone. Those dosed with risperidone saw greater improvement with behavioral symptoms, impulsivity, language skills and impaired social relations [34]. Although there are also many side effects associated with atypical antipsychotics, they come with less EPS risk. Additionally, there have been a multitude of RCTs for risperidone and for aripiprazole proving efficacy in those with ASD [10], so for the purposes of this paper we will focus further on those.

Risperidone

Risperidone composes 19.3% of psychopharmacological prescriptions for children with ASD 0 to 18 and 7.2% for adults over age 19 in the USA [24]. Risperidone is the most common drug prescribed for children with ASD between the ages of 0 to 18 across all countries, besides the UK and Japan. Risperidone was also the most commonly prescribed for adults with ASD across countries, besides Spain, Brazil and Mexico. Risperidone works by blocking postsynaptic dopamine and serotonin receptors, which may explain its efficacy compared to typical antipsychotics and placebos. Seven RCT's were examined in a systematic review of children and adolescents up to 17 years old. Overall, irritability scores (according to the ABC irritability subscale) and response rates were significantly greater for the treatment groups over the placebo [11]. Lethargy/social withdrawal, stereotypic behavior, hyperactivity/noncompliance, and inappropriate speech as measured by the ABC also showed significantly greater mean changed scores than the placebo group. Adverse events reported by this treatment group include increased appetite, drowsiness, somnolence, fatigue, anxiety, hyper-salivation and elevated prolactin levels. However, no serious adverse events were reported.

Similar efficacy of risperidone in adults was also observed. Taylor [51] reviewed two placebo-controlled studies of adults with ASD, where the treatment group was more effective than the placebo in reducing irritability, repetitive and self-injurious behavior, physical aggression and property destruction. Increase appetite, weight gain and sedation are listed as side effects in the adult population as well.

Aripiprazole

Aripiprazole, a partial DA D2 and 5-HT1A agonist, acts similarly to risperidone but comprises only 11% of psychopharmacological prescriptions in 0 to 18-year old's, and 9.6% in those 19 and older in the United States [24]. In a prospective study comparing the use of risperidone and aripiprazole in children and adolescents, researchers saw significant decreases in scores across the ABC subscales, suggesting both are equally effective [12]. Additionally, adverse effects did not significantly differ between groups. Two RCT studies were reviewed on the use of aripiprazole in children and adolescents with ASD [21]. Irritability, hyperactivity, and stereotypy measured by the ABC all showed improvements for the treatment group over the 8-week intervention program. Side effects included weight gain, sedation and tremors. In a Japanese sample of children with ASD ages 6 to 17, aripiprazole decreased parent-reported irritability in a 8 week- RDBCT [25]. In adults with ASD, case studies revealed that aripiprazole improved mood and behavior [51]. Behavioral outcomes, specifically social interaction, self-injury, compulsions, irritability and aggression, showed marked improvement; however standardized measures were not used across studies to capture

the outcomes, so definite statements on aripiprazole in adults cannot be made.

Conclusion and Future Directions

CIMs can be implemented alongside the drug and psychosocial treatments mentioned previously. Depending on symptoms, there is a large range of CIMs that those with autism and comorbidities can utilize. According to a systematic review of 20 studies, 28–95% of children with ASD are treated with complimentary alternative medicines [CAMs; 22]. The most frequently used CAMs are special diets or dietary supplements. Hendren [18] aggregated a review of CAM treatments in ASD that have proven to be the most efficacious. The list is composed of melatonin, omega-3 fatty acids, multivitamin/micronutrients, NAC, and possibly memantine, digestive enzymes, methylcobalamin. CAMs become CIMs when used alongside conventional medicine. When combined with conventional psychopharmacology, families should consult with practitioners to review potential interactions and side effects of the CIMs approach.

From psychopharmacological medicine to psychosocial intervention to CIMs, there are many combinations of treatments for ASD. Although this review outlines a number of evidence-based interventions that target symptoms in ASD and comorbidities, one must work with their doctor to explore their individual risk factors and benefits associated with each treatment type. Even if no comorbidities are present, the heterogeneity of ASD alone, and ever-changing symptom presentation with age make treatment difficult. There is still a lot unknown about the genetic and environmental origins of ASD, and until those gaps in research are filled, practitioners need to rely on the treatment evidence reviewed and their best judgment to provide families with their best suggestions for integrative treatment.

ASD is not a stand-alone disorder. Comorbidities create challenges for differential diagnosis and for targeting successful treatment. Inadequately identified and treated comorbidities lead to poorer outcomes for individuals with ASD. Effective treatment involves targeting multiple layers of the disorder including medical, behavioral, pharmacologic, ancillary and relationship-based therapies. As our ability to identify subcategories and biomarkers becomes more sophisticated, we may be able to better match treatments to neural systems. Brain structure and function, genetics, and biomarkers of epigenetic processes may play an increasing role in identifying the most effective psychotropic medications, behavioral interventions and biomedical supplements to effectively treat subtypes ASD and related comorbidities. Ultimately, clinical trials of reasonable size that include symptom clusters and/or biomarkers have the potential to examine efficacy of treatments in these specific subgroups, improving treatment precision [19]. ■

References

1. *Antshel K.M., Russo N.* Autism spectrum disorders and ADHD: Overlapping phenomenology, diagnostic issues, and treatment considerations. *Current Psychiatry Reports*, 2019, vol. 21, no. 5, article no. 34. 11 p. DOI:10.1007/s11920-019-1020-5
2. *Antshel K.M., Zhang-James Y., Wagner K.E. et al.* An update on the comorbidity of ADHD and ASD: a focus on clinical management. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2016, vol. 16, no. 3, pp. 279–293. DOI:10.1586/14737175.2016.1146591
3. *Borsook D., Maleki N., Burstein R.* *Migraine. In Zigmund M.J., Rowland L.P., Coyle J.T. (eds.) Neurobiology of Brain Disorders: biological basis of neurological and psychiatric disorders.* London: Publ. Academic Press, 2015. Pp. 693–708. ISBN 978-0-123-98270-4.
4. *Carroll L.S., Owen M.J.* Genetic overlap between autism, schizophrenia and bipolar disorder. *Genome Medicine*, 2009, vol. 1, no. 10, article no. 102. 7 p. DOI:10.1186/gm102
5. *Chen M.H., Pan T.L., Lan W.H. et al.* Risk of suicide attempts among adolescents and young adults with autism spectrum disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2017, vol. 78, no. 9, pp. e1174–e1179. DOI:10.4088/jcp.16m11100
6. *Colombi C., Ghaziuddin M.* Neuropsychological characteristics of children with mixed autism and ADHD. *Autism Research and Treatment*, 2017, vol. 2017, article ID 5781781. 5 p. DOI:10.1155/2017/5781781
7. *Coury D.L., Anagnostou E.L., Manning-Courtney P.L. et al.* Use of psychotropic medication among adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Official Journal of American Academy of Pediatrics*, 2012, vol. 130, no. Supplement 2, pp. S68–S72. DOI:10.1542/peds.2012-0900D
8. *Di Martino A., Zuo X.N., Kelly C. et al.* Shared and distinct intrinsic functional network centrality in autism and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 2013, vol. 74, no. 8, pp. 623–632. DOI:10.1016/j.biopsych.2013.02.011
9. *Esbensen A.J., Greenberg J.S., Seltzer M.M., Aman M.G.* A longitudinal investigation of psychotropic and non-psychotropic medication use among adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2009, vol. 39, no. 9, pp. 1339–1349. DOI:10.1007/s10803-009-0750-3
10. *Eissa N., Al-Houqani M., Sadeq A. et al.* Current enlightenment about etiology and pharmacological treatment of autism spectrum disorder. *Frontiers in Neuroscience*, 2018, vol. 12, p. 304. DOI:10.3389/fnins.2018.00304
11. *Fung L.K., Mahajan R., Nozzolillo A. et al.* Pharmacologic treatment of severe irritability and problem behaviors in autism: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 2016, vol. 137, no. Supplement 2, pp. S124–S135. DOI:10.1542/peds.2015-2851k
12. *Ghanizadeh A., Sahraeizadeh A., Berk M.* A head-to-head comparison of aripiprazole and risperidone for safety and treating autistic disorders, a randomized double blind clinical trial. *Child Psychiatry & Human Development*, 2014, vol. 45, no. 2, pp. 185–192. DOI:10.1007/s10578-013-0390-x
13. *Goel R., Hong J.S., Findling R.L., Ji N.Y.* An update on pharmacotherapy of autism spectrum disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 2018, vol. 30, no. 1, pp. 78–95. DOI:10.1080/09540261.2018.1458706
14. *Hagerman R.J., Hendren, R.L. (eds.)* *Treatment of neurodevelopmental disorders: Targeting neurobiological mechanisms.* Oxford; New York: Oxford University Press, 2014. 397 p. ISBN 978-0-19-993780-6. DOI:10.1093/med/9780199937806.001.0001
15. *Handen B.L., Aman M.G., Arnold L.E. et al.* Atomoxetine, parent training, and their combination in children with autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2015, vol. 54, no. 11, pp. 905–915. DOI:10.1016/j.jaac.2015.08.013
16. *Hedley D., Uljarević M.* Systematic review of suicide in autism spectrum disorder: Current trends and implications. *Current Developmental Disorders Reports*, 2018, vol. 5, no. 1, pp. 65–76. DOI:10.1007/s40474-018-0133-6
17. *Hedley D., Uljarević M., Foley K.-R. et al.* Risk and protective factors underlying depression and suicidal ideation in autism spectrum disorder. *Depression and Anxiety*, 2018, vol. 35, no. 7, pp. 648–657. DOI:10.1002/da.22759
18. *Hendren R.L.* Complementary and alternative (biomedical) treatments for autism spectrum disorder. In *Hendren R.L.* *Autism Spectrum Disorder.* Oxford; New York: Oxford University Press, 2015. Pp. 301–320. ISBN 978-0-19-934972-2. DOI:10.1093/med/9780199349722.003.0017
19. *Hendren R.L.* Editorial: What to do about rigid, repetitive behaviors in autism spectrum disorder? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2020, vol. 60, no. 1, pp. 22–23. DOI:10.1016/j.jaac.2020.11.009
20. *Hillier A.J., Fish T., Siegel J.H., Beversdorf D.Q.* Social and vocational skills training reduces self-reported anxiety and depression among young adults on the autism spectrum. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2011, vol. 23, no. 3, pp. 267–276. DOI:10.1007/s10882-011-9226-4
21. *Hirsch L.E., Pringsheim T.* Aripiprazole for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, no. 6, article no. CD009043. 45 p. DOI:10.1002/14651858.cd009043.pub3
22. *Höfer J., Hoffmann F., Kamp-Becker I. et al.* Complementary and alternative medicine use in adults with autism spectrum disorder in Germany: Results from a multi-center survey. *BMC Psychiatry*, 2019, vol. 19, no. 1, article no. 53. 8 p. DOI:10.1186/s12888-019-2043-5
23. *Howes O.D., Rogdaki M., Findon J.L. et al.* Autism spectrum disorder: Consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 2018, vol. 32, no. 1, pp. 3–29. DOI:10.1177/0269881117741766
24. *Hsia Y., Wong A.Y.S., Murphy D.G.M. et al.* Psychopharmacological prescriptions for people with autism spectrum disorder (ASD): a multinational study. *Psychopharmacology*, 2013, vol. 231, no. 6, pp. 999–1009. DOI:10.1007/s00213-013-3263-x

25. *Ichikawa H., Mikami K., Okada T. et al.* Aripiprazole in the treatment of irritability in children and adolescents with autism spectrum disorder in Japan: A randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Child Psychiatry & Human Development*, 2017, vol. 48, no. 5, pp. 796–806. DOI:10.1007/s10578-016-0704-x
26. *Kato K., Mikami K., Akama F. et al.* Clinical features of suicide attempts in adults with autism spectrum disorders. *General Hospital Psychiatry*, 2013, vol. 35, no. 1, pp. 50–53. DOI:10.1016/j.genhosppsych.2012.09.006
27. *Kerns C.M., Roux A.M., Connell J.E., Shattuck P.T.* Adapting cognitive behavioral techniques to address anxiety and depression in cognitively able emerging adults on the autism spectrum. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2016, vol. 23, no. 3, pp. 329–340. DOI:10.1016/j.cbpra.2016.06.002
28. *Kincaid D.L., Doris M., Shannon C., Mulholland C.* What is the prevalence of autism spectrum disorder and ASD traits in psychosis? A systematic review. *Psychiatry Research*, 2017, vol. 250, pp. 99–105. DOI:10.1016/j.psychres.2017.01.017
29. *Kolevzon A., Mathewson K.A., Hollander E.* Selective serotonin reuptake inhibitors in autism: a review of efficacy and tolerability. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2006, vol. 67, no. 3, pp. 407–414. DOI:10.4088/jcp.v67n0311
30. *Leitner Y.* The co-occurrence of autism and attention deficit hyperactivity disorder in children – What do we know? *Frontiers in Human Neuroscience*, 2014, vol. 8, p. 268. DOI:10.3389/fnhum.2014.00268
31. *Ma A., Sanchez A., Ma M.* The impact of patient-provider race/ethnicity concordance on provider visits: Updated evidence from the medical expenditure panel survey. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 2019, vol. 6, no. 5, pp. 1011–1020. DOI:10.1007/s40615-019-00602-y
32. *Mayes S.D., Kokotovich C., Mathiowetz C. et al.* Disruptive mood dysregulation disorder symptoms by age in autism, ADHD, and general population samples. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2017, vol. 10, no. 4, pp. 345–359. DOI:10.1080/19315864.2017.1338804
33. *Mayes S., Waxmonsky J., Calhoun S. et al.* Disruptive mood dysregulation disorder (DMDD) symptoms in children with autism, ADHD, and neurotypical development and impact of co-occurring ODD, depression, and anxiety. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2015, vol. 18, pp. 64–72. DOI:10.1016/j.rasd.2015.07.003
34. *Miral S., Gencer O., Inal-Emiroglu F.N. et al.* Risperidone versus haloperidol in children and adolescents with AD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2007, vol. 17, no. 1, pp. 1–8. DOI:10.1007/s00787-007-0620-5
35. *Murray K., Jassi A., Mataix-Cols D. et al.* Outcomes of cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder in young people with and without autism spectrum disorders: A case controlled study. *Psychiatry Research*, 2015, vol. 228, no. 1, pp. 8–13. DOI:10.1016/j.psychres.2015.03.012
36. *Patra S., Nebhinani N., Viswanathan A., Kirubakaran R.* Atomoxetine for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents with autism: A systematic review and meta-analysis. *Autism Research*, 2019, vol. 12, no. 4, pp. 542–552. DOI:10.1002/aur.2059
37. *Paula C.S., Cukier S., Cunha G.R. et al.* Challenges, priorities, barriers to care, and stigma in families of people with autism: Similarities and differences among six Latin American countries. *Autism*, 2020, vol. 24, no. 8, pp. 2228–2242. DOI:10.1177/1362361320940073
38. *Politte L.C., Scahill L., Figueroa J. et al.* A randomized, placebo-controlled trial of extended-release guanfacine in children with autism spectrum disorder and ADHD symptoms: an analysis of secondary outcome measures. *Neuropsychopharmacology*, 2018, vol. 43, no. 8, pp. 1772–1778. DOI:10.1038/s41386-018-0039-3
39. *Postorino V., Kerns C.M., Vivanti G. et al.* Anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder in individuals with autism spectrum disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2017, vol. 19, article no. 12. 8 p. DOI:10.1007/s11920-017-0846-y
40. *Reiersen A.M., Constantino J.N., Volk H.E., Todd R.D.* Autistic traits in a population-based ADHD twin sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007, vol. 48, no. 5, pp. 464–472. DOI:10.1111/j.1469-7610.2006.01720.x
41. *Reiersen A.M., Todd R.D.* Co-occurrence of ADHD and autism spectrum disorders: Phenomenology and treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2008, vol. 8, no. 4, pp. 657–669. DOI:10.1586/14737175.8.4.657
42. *Ronald A., Edelson L.R., Asherson P., Saudino K.J.* Exploring the relationship between autistic-like traits and ADHD behaviors in early childhood: Findings from a community twin study of 2-year-olds. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2010, 38(2), 185–196. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9366-5>
43. *Rosen M.S.* Lithium in child and adolescent bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 2017, vol. 12, no. 2, pp. 3–5. DOI:10.1176/appi.ajp-rj.2017.120202
44. *Santomauro D., Sheffield J., Sofronoff K.* Depression in adolescents with ASD: A pilot RCT of a group intervention. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2015, vol. 46, no. 2, pp. 572–588. DOI:10.1007/s10803-015-2605-4
45. *Scahill L., Mccracken J.T., King B.H. et al.* Extended-release guanfacine for hyperactivity in children with autism spectrum disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2015, vol. 172, no. 12, pp. 1197–1206. DOI:10.1176/appi.ajp.2015.15010055
46. *Selten J.-P., Lundberg M., Rai D., Magnusson C.* Risks for nonaffective psychotic disorder and bipolar disorder in young people with autism spectrum disorder. *JAMA Psychiatry*, 2015, vol. 72, no. 5, pp. 483–489. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2014.3059
47. *Sizoo B.B., Kuiper E.* Cognitive behavioural therapy and mindfulness based stress reduction may be equally effective in reducing anxiety and depression in adults with autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 2017, vol. 64, pp. 47–55. DOI:10.1016/j.ridd.2017.03.004
48. *Stahlberg O., Soderstrom H., Rastam M., Gillberg C.* Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *Journal of Neural Transmission*, 2004, vol. 111, no. 7, pp. 891–902. DOI:10.1007/s00702-004-0115-1

49. *Stahmer A.C., Vejnoska S., Iadarola S. et al.* Correction to: Caregiver voices: Cross-Cultural input on improving access to autism services. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 2019, vol. 6, no. 4, p. 774. DOI:10.1007/s40615-019-00587-8
50. *Sturman N., Deckx L., van Driel M.L.V.* Methylphenidate for children and adolescents with autism spectrum disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017, vol. 11, article no. CD011144. 100 p. DOI:10.1002/14651858.cd011144.pub2
51. *Taylor L.J.* Psychopharmacologic intervention for adults with autism spectrum disorder: A systematic literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2016, vol. 25, pp. 58–75. DOI:10.1016/j.rasd.2016.01.011
52. *Van der Meer J.M., Oerlemans A.M., Steijn D.J.V. et al.* Are autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder different manifestations of one overarching disorder? Cognitive and symptom evidence from a clinical and population-based sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2012, vol. 51, no. 11, pp. 1160–1172. DOI:10.1016/j.jaac.2012.08.024
53. *Vannucchi G., Masi G., Toni C. et al.* Bipolar disorder in adults with Asperger's syndrome: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 2014, vol. 168, pp. 151–160. DOI:10.1016/j.jad.2014.06.042
54. *Vasa R.A., Mazurek M.O.* An update on anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 2015, vol. 28, no. 2, pp. 83–90. DOI:10.1097/ycp.0000000000000133
55. *Walters S., Loades M., Russell A.* A systematic review of effective modifications to cognitive behavioural therapy for young people with autism spectrum disorders. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2016, vol. 3, no. 2, pp. 137–153. DOI:10.1007/s40489-016-0072-2
56. *Xu G., Strathearn L., Liu B. et al.* Prevalence and treatment patterns of autism spectrum disorder in the United States, 2016. *JAMA Pediatrics*, 2019, vol. 173, no. 2, pp. 153–159. DOI:10.1001/jamapediatrics.2018.4208

Information about the authors

China I. Parenteau, Clinical Research Coordinator of the Department of Psychiatry, University of California San Francisco, San Francisco, United States, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6812-9263>, e-mail: China.Parenteau@ucsf.edu

Rachel M. Tsipan, Research Assistant of the Department of Psychiatry, University of California Berkeley, San Francisco, United States, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2585-9415>, e-mail: rachel.tsipan@berkeley.edu

Robert L. Hendren, DO, Professor of Psychiatry, Director of Program for Research on Neurodevelopmental and Translational Outcomes (PRONTO), University of California San Francisco, San Francisco, United States, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8470-4862>, e-mail: Robert.Hendren@ucsf.edu

Информация об авторах

Паренте Чина И., координатор клинических исследований Департамента психиатрии, Калифорнийский университет в Сан-Франциско, Сан-Франциско, США, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6812-9263>, e-mail: China.Parenteau@ucsf.edu

Ципан Рейчел М., научный сотрудник Департамента психиатрии, Калифорнийский университет в Беркли, Сан-Франциско, США, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2585-9415>, e-mail: rachel.tsipan@berkeley.edu

Хендрен Роберт Л., DO, профессор психиатрии, директор программы исследований нейроонтогенетических и трансляционных результатов (PRONTO), Калифорнийский университет в Сан-Франциско, Сан-Франциско, США, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8470-4862>, e-mail: Robert.Hendren@ucsf.edu

Получена 05.06.2020

Received 05.06.2020

Принята в печать 09.03.2021

Accepted 09.03.2021

МНЕНИЕ ЭКСПЕРТА
EXPERT OPINION

**Комментарий к статье Ч.И. Паренте, Р.М. Ципан, Р.Л. Хендрена
«Интеграция помощи людям с РАС: коморбидные состояния
в психиатрии и комплексная терапия»**

Шапошникова А.Ф.

Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента
здравоохранения города Москвы (НПЦ ДП ДЗМ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6812-3723>, e-mail: shaposhnikovaaf@gmail.com

Комментарий практикующего детского врача-психиатра к опубликованной в данном номере журнала статье американских клинических исследователей — психиатров Ч.И. Паренте, Р.М. Ципан, Р.Л. Хендрена «Интеграция помощи людям с РАС: коморбидные состояния в психиатрии и комплексная терапия» касается сходства и различий подходов врачей в России и в США к лечению расстройств аутистического спектра (РАС). Конкретно затрагивается вопрос необходимости медикаментозной терапии в схеме лечения детского аутизма. Рассмотрены различия в клинических рекомендациях врачей-психиатров обеих стран по применению некоторых нейролептиков. Сделан вывод о необходимости комплексного подхода в лечении, обоснованном сочетании медикаментозных и немедикаментозных методов вследствие имеющихся пробелов в понимании этиологии и патогенеза РАС.

Для цитаты: Шапошникова А.Ф. Комментарий к статье Ч.И. Паренте, Р.М. Ципан, Р.Л. Хендрена «Интеграция помощи людям с РАС: коморбидные состояния в психиатрии и комплексная терапия» // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 1 (70). С. 53–54. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.2021190106>

**Expert Commentary to the Article of C.I. Parente, R.M. Tsipan,
R.L. Hendren «Integrating Treatment for Autism:
Psychiatric Comorbidities and Comprehensive Treatment**

Antonina F. Shaposhnikova

Research and Practice Center of Child Psychoneurology of the Department
of Healthcare of Moscow, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6812-3723>, e-mail: shaposhnikovaaf@gmail.com

A child psychiatrist practitioner commentary on an article «Integrating Treatment for Autism: Psychiatric Comorbidities and Comprehensive Treatment» by american clinical investigators published in the current issue of the journal. The commentary refers to the similarities and differences in the medical approaches to the treatment of autism spectrum disorders (ASD) in Russia and in the United States. The issue of the need for drug therapy in the treatment protocol for autism in childhood is specifically addressed. Differences in the clinical recommendations of psychiatrists of both countries on the use of certain antipsychotics therapy are considered. It is concluded that an integrated approach to treatment and a reasonable combination of drug and non-drug methods due to the existing gaps in understanding the etiology and pathogenesis of ASD are necessary.

For citation: Shaposhnikova A.F. Expert Commentary to the Article of C.I. Parente, R.M. Tsipan, R.L. Hendren «Integrating Treatment for Autism: Psychiatric Comorbidities and Comprehensive Treatment. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2021. Vol. 19, no. 1 (70), pp. 53–54. DOI: [10.17759/autdd.2021190106](https://doi.org/10.17759/autdd.2021190106) (In Russ.).

CC BY-NC

На современном этапе вопросы, касающиеся подходов к лечению расстройств аутистического спектра, вызывают интерес как врачей-психиатров, так и специалистов коррекционного образования. В последнее время в профессиональном сообществе психиатров России разгорались споры вокруг клинических рекомендаций по диагностике и лечению аутистических расстройств у детей, в которых камнем преткновения стал вопрос: необходима ли медикаментозная терапия в схеме лечения детского аутизма? В США придерживаются позиции, что в лекарственной терапии нуждаются исключительно коморбидные расстройства, сопровождающие собственно аутистические нарушения, — гиперактивность, нарушения аффективной сферы, расстройства поведения, в том числе самоповреждающее поведение. Большинство российских психиатров разделяют это мнение, и принятые клинические рекомендации также основываются на данном подходе. Из рекомендованных в США лекарственных средств большая часть применяется и в России, но есть некоторые различия.

Для воздействия на синдром дефицита внимания и гиперактивности при РАС американские коллеги предлагают использовать препараты из группы стимуляторов, например, амфетамин, а также атомоксетин и центральные альфа-2-адреномиметики (гуанфацин). Авторы статьи приводят исследование, где говорится, что альфа-2-адреномиметики благоприятно воздействуют на аномалии в префронтальной коре, которая является областью, связанной с произвольностью внимания и с самоконтролем. В числе побочных эффектов называют только вялость и сонливость, не отмечая, что данная группа препаратов применяется у взрослых с целью достижения гипотензивного эффекта, и у детей может вызывать опасное снижение артериального давления. Лечение детей амфетамином также вызывает, мягко говоря, сомнения, тем более что данный препарат к применению в нашей стране не разрешен. С целью лечения СДВГ в России используется только атомоксетин, достаточно безопасный в детском возрасте.

Авторы статьи достаточно подробно освещают применение нейролептиков (рисперидона, арипипразола, галоперидола), которые позитивно воздействуют на поведенческие и аффективные нарушения у детей с РАС. Также отмечается важная роль анти-

депрессантов — селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флувоксамин, сертралин, флуоксетин, циталопрам). Эти препараты нацелены на депрессию, тревогу и другие сопутствующие психопатологические состояния. В статье отмечается, что при лечении РАС серотонин находится в центре внимания докторов и исследователей, поскольку его уровень постоянно нарушается, и доказано, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина улучшают социальное функционирование пациентов в целом и уменьшают стереотипные формы деятельности. Российские психиатры также активно применяют данные группы препаратов. Нашей целью, как правило, является максимальное облегчение того дискомфорта, который испытывает ребенок с РАС, вынужденный взаимодействовать с окружающим миром, а нейролептическая, антидепрессивная терапия нередко становится той «гипсовой повязкой», которую мы можем временно наложить на душевные проблемы пациента, сделав его более доступным для обучения, психологической коррекции, психотерапии.

Комплементарные интегративные лекарственные средства, так называемые CIMs, — витаминные комплексы, диеты, омега-3-жирные кислоты применяются российскими врачами так же, как и в США, однако достаточной доказательности данные средства не имеют. Из CIMs, рекомендованных к применению у детей с РАС в России, можно назвать только мелатонин, назначаемый для улучшения качества сна.

В заключение хотелось бы присоединиться к мнению наших коллег из США, которые отмечают в своей статье, что группа нарушений развития, которую мы объединяем под названием РАС, отличается значительной гетерогенностью клинических проявлений, и даже если у пациента нет сопутствующих заболеваний, постоянно меняющаяся с возрастом симптоматика затрудняет лечение. А коморбидные расстройства еще более затрудняют диагностику и выбор лечебной тактики. Есть еще много неизвестного в этиологии и патогенезе РАС, и до тех пор пока эти пробелы в исследованиях не будут заполнены, практикующие врачи должны полагаться на комплексный подход к лечению, где разумно и обоснованно сочетаются медикаментозные и немедикаментозные методы. ■

Информация об авторах

Шапошникова Антонина Феликсовна, кандидат медицинских наук, врач-психиатр детский, Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы (НПЦ ДП ДЗМ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6812-3723>, e-mail: shaposhnikovaaf@gmail.com

Information about the authors

Antonina F. Shaposhnikova, PhD in Medicine, Child Psychiatrist, Research and Practice Center of Child Psychoneurology of the Department of Healthcare of Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6812-3723>, e-mail: shaposhnikovaaf@gmail.com

Получена 22.03.2021

Принята в печать 22.03.2021

Received 22.03.2021

Accepted 22.03.2021

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ И РОДИТЕЛЬСКИЙ ОПЫТ
PEDAGOGICAL & PARENTAL EXPERIENCE

Формирование навыков социальной коммуникации и социально приемлемого поведения у детей с РАС в ходе организованной экскурсионной работы

Попова С.П.

Средняя общеобразовательная школа-интернат № 6 для обучающихся с ОВЗ в городе Ялуторовск (СОШ-интернат № 6 для обучающихся с ОВЗ в г. Ялуторовск), г. Ялуторовск, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9296-1540>, e-mail: svetlanapopova71@mail.ru

Представлен материал по реализации программы дополнительного образования «Экологические праздники в музее» с целью развития социальных и коммуникативных навыков обучающихся с расстройствами аутистического спектра (РАС). Мероприятия проводились в 2019–2020 учебном году в сотрудничестве со специалистами Ялуторовского музейного комплекса Тюменской области. Для реализации программы была сформирована интегрированная группа младших школьников из 5 детей с РАС и 9 детей слабовидящих, возрастная категория с 8 до 11 лет. Использовались методы наблюдения, социальных историй, опроса. Большинство занятий проводились в игровой и интерактивной форме на базе музея, каждое строилось с учетом возрастных и психологических особенностей обучающихся. Всего было проведено 9 выездных экскурсий. В результате у всех детей с РАС наблюдалась положительная динамика в формировании социально приемлемого поведения и позитивного отношения к новому формату педагогической работы, возрастающая активность и включенность детей в ходе экскурсионных программ — более длительное слушание, сосредоточение внимания. Опрос родителей подтвердил положительную динамику в формировании отдельных коммуникативных и социальных навыков их детей.

Ключевые слова: социализация, расстройства аутистического спектра, социальный опыт, программа социализации детей, социально приемлемое поведение, опыт взаимодействия.

Благодарности. Автор благодарит за сотрудничество директора Ялуторовского музейного комплекса Раевскую Ларису Вячеславовну, а также научного сотрудника музейного комплекса Абрамову Ольгу Александровну за помощь в разработке и реализации программы «Экологические праздники в музее».

Для цитаты: *Попова С.П.* Формирование навыков социальной коммуникации и социально приемлемого поведения у детей с РАС в ходе организованной экскурсионной работы // Аутизм и нарушения развития, 2021. Том 19. № 1 (70). С. 55–64. DOI: <http://doi.org/10.17759/autdd.2021190107>

The Development of Social Communication Skills and Socially Acceptable Behavior in Children with ASD within the Organized Excursion Activities

Svetlana P. Popova

Secondary Boarding School No. 6 for students with disabilities in the city of Yalutorovsk, Yalutorovsk, Russian Federation
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9296-1540>, e-mail: svetlanapopova71@mail.ru

CC BY-NC

The data on the implementation of the program of additional education “Environmental Holidays in the Museum” presented. Program aimed at the development of social and communication skills of students with autism spectrum disorders (ASD). The events held in the 2019–2020 academic year in cooperation with the professionals of the Yalutorovsk Museum Complex of the Tyumen Region. For the implementation of the program, an integrated group of younger schoolchildren was organized, consisting of 5 children with ASD and 9 children with visual impairments. Age of the group participants varied from 8 to 11 years. Following methods were used during presented work: observation, social stories, polls. Most of the classes conducted in a playful and interactive form based on the museum, each was built taking into account the age and psychological characteristics of the students. Nine field excursions conducted. As a result, all children with ASD showed positive dynamics in the development of socially acceptable behavior and a positive attitude to the new format of educational work, and there were attempts to interact with peers and outside adults. A survey of parents confirmed the positive dynamics in the development of certain communication and social skills of their children.

Keywords: socialization, autism spectrum disorders, social experience, children’s socialization program, socially acceptable behavior, interaction experience.

Acknowledgments. The author would like to express gratitude for the help in the development and implementation of the program “Ecological Holidays in the Museum” to the director of the Yalutorovsk Museum Complex, Larisa Raevskaya and the research associate of the museum complex, Olga Abramova.

For citation: Popova S.P. The Development of Social Communication Skills and Socially Acceptable Behavior in Children with ASD within the Organized Excursion Activities. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2021. Vol. 19. no. 1 (70), pp. 55–64. DOI: <http://doi.org/10.17759/autdd.2021190107> (In Russ.).

Введение

Дети, имеющие расстройства аутистического спектра, испытывают трудности в общении, в усвоении программного материала в школе, понимании ситуации, в которой они находятся. Эта проблема напрямую влияет на качество их жизни. Многие ученые пытались понять и объяснить природу особенностей детей с РАС. Британский врач и психиатр Лорна Уинг, большую часть жизни посвятившая изучению данной темы, выделила три ключевых нарушения: [1, с. 35]:

- качественное ухудшение в сфере социального взаимодействия;
- качественное ухудшение в сфере вербальной и невербальной коммуникации и в сфере воображения;
- крайне ограниченный репертуар видов активности и интересов.

На эту «триаду» нарушений опираются многие ученые в своих исследованиях.

Тео Питерс в своей книге «Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию» основной проблемой называет проблему понимания того, что «скрыто за буквальным восприятием». Он уверен, что мир, в понимании людей с РАС, хаотичен и беспорядочен. И основной задачей специалистов является создание предсказуемости времени и пространства. Большое значение он уделяет мотивированию детей, причем вознаграждение, по его мнению, должно быть визуальным [12].

Значительный вклад в исследования в области развития, обучения, воспитания и социализации детей с РАС внесли отечественные педагоги, врачи и ученые С.С. Мнухин, А.Е. Зеленецкая, Д.Н. Исаев, О.С. Никольская, К.С. Лебединская, В.Е. Каган и другие.

О.С. Никольская с коллегами, изучив многочисленные сведения о поведении детей с РАС, составила свою классификацию на основе степени искажения психического развития и глубины аутизма. Она дала подробное описание четырех групп детей с РАС с прогнозом на возможности дальнейшего развития. По мнению О.С. Никольской, особенностью нарушений психического развития у детей с расстройствами аутистического спектра является их распространение на все сферы психики, на аффективное и когнитивное развитие: «И дело не просто в дефицитности психических функций или способностей, проблемы ребенка связаны с самими основами организации его взаимодействия с людьми и меняющимися обстоятельствами» [10, с. 36].

Дети, пришедшие в школу в первый раз, испытывают сильнейший стресс от смены обстановки, нарушения привычного ритма жизни, и главное от нового окружения. Все дети реагируют на это событие по-разному, и ни у кого оно не проходит безболезненно. Они так старательно оберегали свой мир, и теперь в него вторгаются не только близкие и знакомые люди, но и «новые» дети и взрослые. Причиной столь болезненной для детей с РАС адаптации к школе является нарушение у них всех видов контакта, «эмоциональная холодность, отгороженность от окружающих и уход в свой внутренний мир. Эти проявления сочетаются со стойким негативизмом и особыми нарушениями интеллектуального и речевого развития. Наличие данных нарушений мешает человеку с аутизмом активно включаться в жизнь общества» [13, с. 21]. Но для многих из них школа становится первым шагом в социум.

Социальная адаптация подразумевает сложный процесс вхождения ребенка в социальную среду, ус-

воение норм и правил, принятых в конкретном обществе. При этом, как подчеркивают российские педагоги Общества помощи аутичным детям «Добро» и специалисты в области аутизма Морозовы, «Более чем полувековой опыт изучения аутизма показывает, что его основные проявления не способствуют, а прямо препятствуют социализации» [8, с. 53]. Тем не менее, все специалисты, так или иначе связанные с детьми, имеющими РАС, понимают, что от уровня социализированности каждого напрямую зависит качество его настоящей и будущей жизни. «Проблема социализации связана с нарушениями формирования социальных навыков у детей с РАС. Исследования в области проблем аутизма показывают, что социальные навыки у таких детей не формируются естественным путем» [15, с. 17]. А если навык не формируется самостоятельно, необходимо его развивать искусственно, используя все возможные способы и средства.

Что же такое социальная среда для ребенка? Это, в первую очередь, люди. Значение коллектива для развития личности заключается прежде всего в том, что воспитание в коллективе является природосообразным, поскольку оно соответствует социальной природе человека [3]. Темпл Грандин в интервью для журнала «Аутизм и нарушения развития» сказала: «Детям нужно позволять расширять свой кругозор, чтобы они могли понять, что им интересно. Если вы не откроете им мир, они ничем не заинтересуются» [2, с. 67].

Педагоги школы-интерната № 6 города Ялуторовск убеждены в том, что экскурсии — это уникальная и универсальная форма работы, наиболее подходящая не только для расширения кругозора, но и для формирования коммуникативных и социально-бытовых навыков. Во время экскурсионных мероприятий открываются возможности формирования совместной целенаправленной деятельности, так необходимой для преодоления нарушений психического развития аутичного ребенка, улучшения его приспособленности к быту семьи, привития навыков общественного поведения, для подготовки к усвоению новых знаний [5]. Именно во время экскурсионных мероприятий возможно успешно применять методы специального обучения и воспитания, которые помогут «дать ребенку возможность выйти в большой мир людей» [16, с. 10].

В статье представлен опыт взаимодействия работников музея и педагогов общеобразовательной организации для обучающихся с ОВЗ по социализации детей с расстройствами аутистического спектра через реализацию программы дополнительного образования «Экологические праздники в музее».

Учитывая, что школа предоставляет услуги образовательные, организовывать специальные мероприятия, способствующие расширению и обогащению социального опыта детей, делать это целенаправленно и в системе довольно непросто. Это связано с загруженностью детей программным материалом, недостаточной квалификацией специалистов для работы с детьми, имеющими РАС, с ограниченностью социальных

объектов маленького города, доступных для проведения подобных мероприятий. Тем не менее, педагоги школы согласны с позицией тех специалистов, которые считают, что «следует все-таки стараться включить такого ребенка в школьный контекст, в систему дополнительных форм образования, поскольку только в коллективе, среди других детей, своих сверстников, дети с РАС смогут приобрести ценные навыки и умения социального взаимодействия» [9, с. 21].

Формой дополнительного образования педагоги школы-интерната № 6 выбрали экскурсионную деятельность. Цель работы: формирование у детей с РАС социальных навыков при проведении экскурсионных мероприятий для развития способностей к коммуникации в различных ситуациях, т.е. генерализация навыков социального поведения.

Критериями достижения цели выбраны:

1. Снижение фактов нежелательного поведения, более частое проявление различных форм социального поведения.
2. Повышение активности ребенка во время экскурсий и занятий.
3. Повышение количественных и качественных показателей взаимодействия испытуемых со сверстниками и «чужими» взрослыми.

Методы

Педагоги школы совместно со специалистами Ялуторовского музея разработали программу социализации учеников школы, имеющих РАС, с соблюдением следующих условий:

- соответствие содержания программы уровню развития и возрасту детей;
- проведение занятий за пределами школы, по возможности, на территории любых социальных объектов: музеев, магазинов, почты, в городских автобусах и т.д.;
- постоянный смешанный состав экспериментальной группы детей: дети с РАС и слабовидящие дети с сохранным интеллектом;
- соответствующая подготовка и инструктаж специалистов «со стороны», принимающих участие в реализации программы или ведущих конкретные занятия, — об особенностях конкретных детей с РАС (участников программы), об их возможных поведенческих проявлениях, желательных соответствующих реакциях взрослых и о способах взаимодействия взрослых с детьми;
- разработка каждого занятия (использование визуальных подсказок, практических упражнений, картинного материала, игр) с учетом ограничений и особенностей детей, при необходимости, — помощь тьютора;
- особое внимание уделяется заданиям и упражнениям, в которых детям необходимо проявлять навыки совместной деятельности.

В процессе подготовки и проведения программы использовались методы наблюдения, социальных историй и опрос.

Педагоги школы предложили специалистам Ялutorовского музейного комплекса совместно разработать и реализовать программу, которая решала бы не только просветительские задачи, но и коррекционно-развивающие. Так появилась программа «Экологические праздники в музее». Реализация программы социализации была начата в 2019-2020 учебном году. Ее образовательной целью было формирование экологического мировоззрения и расширение знаний детей о флоре и фауне родного края средствами музейной экспозиции. И, — подчеркнем, — коррекционно-развивающей целью — развитие социальных и коммуникативных навыков у детей с РАС, а также формирование опыта взаимодействия с ними у сверстников. Процесс реализации программы полностью соответствовал перечисленным условиям. Учитывая необходимость обязательной дополнительной мотивации, каждое мероприятие заканчивалось визуальным поощрением всех участников в виде индивидуального подарка или награды в зависимости от темы: глиняные слепки, самостоятельно изготовленные органайзеры для ручек, открытки, браслеты из крапивы, картинки точечной росписи, различные дипломы и грамоты.

Отечественные исследователи отмечают, что дети с РАС, находясь в среде сверстников, «несколько быстрее осваивают элементарные социальные навыки, улучшают навыки чтения, увеличивают количество приобретенных просоциальных паттернов поведения» [9, с. 100]. Учитывая этот факт, педагогами школы была сформирована целевая группа из 14 человек: 5 детей с РАС и 9 детей слабовидящих. Сверстники с нарушением зрения не имели выраженных коммуникативных проблем и являлись своеобразным образцом адекватного поведения в новых ситуациях. Организация взаимодействия со сверстниками была одной из самых сложных задач. Мы понимали, что несмотря на взаимную симпатию, их общение не наладится само собой и, как писал Сергей Алексеевич Морозов, «в лучшем случае останется на уровне беготни и возни» [7, с. 152]. Поэтому в каждое мероприятие включались упражнения, в которых необходимы были совместные действия в парах и мини-группах. Слабовидящие ученики помогали детям с РАС адаптироваться к новому формату мероприятия, они были примером для подражания, инициаторами совместных действий.

Приведем несколько примеров:

— ученики делятся на 3 группы по 4–5 человек (дети с РАС распределяются равномерно) и выполняют совместно со слабовидящими сверстниками следующие задания: составить флаг и герб Тюменской области из отдельных фрагментов, выложить по

картинке костер определенного типа из небольших прутьев, поставить палатку;

— если задание не предусматривало групповую форму, то для его выполнения сначала приглашался слабовидящий ученик, а затем по образцу выполняли задание дети с РАС: пройти болото по кочкам, провести археологические раскопки по поиску останков древних акул, выяснить, каким образом мох впитывает воду, нанести рисунок в виде точек на стекло.

Зная особенности детей с РАС, мы старались избегать заданий соревновательного типа, так как понимали, что они не могут создать ситуацию успеха для них, во всяком случае, на данном этапе работы.

Подчеркнем, что все занятия проводились на базе Ялutorовского музейного комплекса.

Краткие характеристики на начало занятий детей с РАС, принимавших участие в реализации программы¹.

1. Миша, ученик 3 класса, обучающийся по варианту 8.2, изучение основных учебных предметов проходит индивидуально; в рамках классного коллектива ребенок посещает только уроки физкультуры, музыки, технологии и окружающего мира.

2. Анна, ученица 1 класса, обучение проходит полностью индивидуально.

3. Владимир, ученик 1 (дополнительного) класса, обучается в интегрированном классе, состоящем из 4-х человек, 2 из которых с РАС и 2 ученика слабовидящие с ЗПР.

4. Сергей, ученик того же классного коллектива, обучается в классе.

5. Николай, ученик 2 класса, обучается по варианту 8.3 в классе для детей с интеллектуальными нарушениями.

У всех испытуемых присутствовали явные признаки нарушения коммуникации с выраженными речевыми расстройствами, в разной степени ограничения понимания обращенной речи и полноценного использования устной речи для общения [6]. Трудности в общении у наших детей наблюдались как с незнакомыми людьми, так и с теми, кого они хорошо знают. Многие с трудом могли односложно ответить на вопрос, но задавать вопросы не умел никто. В контакт со сверстниками по собственной инициативе дети не вступали, потребности в общении не проявляли. Из всех детей только Николай с первого занятия спокойно, но с видимым равнодушием ходил по музейным комнатам, остальные испытывали повышенную тревожность и страх перед новыми зданиями, залами с экспонатами.

Необходимо отметить, что родители с готовностью откликнулись на предложение принять участие в программе. По рекомендации организаторов, Владимиру и Анне потребовалась дополнительная подготовка к первым занятиям с помощью элементов метода социальных историй:

¹ Имена всех детей изменены.

1. Специалисты делали фотографии музея снаружи, помещений, в которых будут проходить занятия, а также отдельных объектов, по возможности, в той последовательности, в которой будет проходить в них занятие.

2. Родители заблаговременно последовательно показывали фотографии детям, рассказывали о музее, об объектах, изображенных на фото. Прodelывалось это несколько дней подряд.

Как показала практика, Володе подготовка потребовалась однократно, перед первым посещением. Анне этого оказалось недостаточно. Тогда мама брала с собой фотографию здания музея и в автобусе показывала ее еще несколько раз. Только после этого девочка спокойно выходила из автобуса и заходила в здание.

Показатели социальной адаптации детей с РАС в динамике на начало и окончание реализации программы представлены в диаграммах 1 и 2.

Мероприятия в рамках программы проводились с сентября 2019 года по март 2020 года. К большому сожалению, полноценно не удалось реализовать все запланированные мероприятия: помешала ситуация с пандемией. Всего было проведено 9 выездных музейных уроков, у каждого занятия была своя тема и образовательная цель:

– Что растет вокруг школы. Пришкольный участок.

– Презентация выставки «География в музейных предметах». Музей «Дом природы»

– «У природы есть друзья — это мы: и ты, и я. Музей “Дом природы”».

– Наш девиз — правильный туризм. Всемирный день туризма. Музей «Дом природы»

– Лента времени. Музей «Дом природы»

– Красная книга Тюменской области. Музей «Дом природы»

– Вторая жизнь вещей (мастер-класс). Музей «Торговые ряды»

– Открытие выставки «М.М. Пришвин — певец природы». Дом-музей Муравьева-Апостола.

– Всемирный день болотных угодий. Музей «Дом природы»

В период реализации программы были проведены одна экскурсия на пришкольном участке и 8 выездных экскурсий (музейных уроков) в Ялutorовском музейном комплексе. Комплекс состоит из нескольких отдельно стоящих зданий, и это обстоятельство позволяло периодически сменять окружающую обстановку. Одно занятие было проведено на улице, на территории Экодвора.

Каждое мероприятие готовилось сотрудниками музея с соблюдением следующих требований:

– все занятия проводятся в игровой интерактивной форме;

– все мероприятия ведет один и тот же человек, при необходимости у него есть помощники;

– информация, предназначенная для ребят, максимально иллюстрирована; (визуализировалось все: объекты, явления, а звуки предоставлялись в записи);

– не менее 50% каждого мероприятия составляли практические упражнения (складывание различных видов костра, натягивание палатки, прыжки по болотным кочкам, складывание из разрезанных частей символов Тюменской области, работа с глиной, поиски археологических останков древних животных, определение птиц по голосу и описанию и т.д.);

– с каждого мероприятия дети уносили домой небольшую символическую награду. Иногда это были изделия, выполненные их собственными руками.

В течение всего периода за детьми проводилось наблюдение. Все дети целевой группы по-разному привыкали к новому формату работы. Кто-то не заходил в комнаты первые занятия и смотрел на происходящее из раздевалки (такая возможность тоже была предусмотрена), кто-то начинал кричать и плакать уже в процессе занятий, дети отказывались включаться в игры, выполнять предложенные упражнения. Несмотря на то, что было проведено всего 9 занятий, положительная динамика наблюдалась практически у всех детей:

– Миша начал проявлять интерес к информации, получаемой от музейного работника. Истеричные срывы у него прекратились после третьего посещения. На последних занятиях он стал выполнять задания самостоятельно, очень аккуратно. Например, на занятии по теме «Вторая жизнь вещей» он практически без помощи взрослых изготовил органайзер для ручек.

– Анна после первых двух отказов выходить из автобуса очень быстро стала привыкать к данному формату работы, сначала сидела с мамой и только наблюдала за происходящим, затем стала понемногу включаться в общие задания. На занятии, посвященном Всемирному дню туризма, она активно залезла в палатку, спальный мешок, разводила костер вместе с ребятами и прыгала по кочкам.

– Владимир сложнее и дольше других привыкал к экскурсиям, первые 2 занятия он просидел в раздевалке с мамой, затем стал вместе с ней проходить в комнату для занятий. Мальчик испытывает большие трудности в понимании речи, поэтому он выполнял некоторые задания по образцу сверстников. Его сопровождал тьютор и в случае необходимости оказывал помощь. То, что на последних занятиях он самостоятельно, спокойно присутствовал, сидел и слушал, стало серьезным успехом в продвижении ребенка в социальную среду.

– Сергей первые занятия наотрез отказывался принимать участие в играх, и в мероприятии в целом, просился домой уже на 10–15-й минуте. Он не понимал, почему его спрашивают не всегда, когда он того желает, почему дают награду только тем, кто верно выполнил задание. Но Сережа посетил все занятия данной программы: он стал с интересом наблюдать за происходящим и активно принимать участие в играх. Научился ждать своей очереди и получать заслуженную награду за выполненные задания. В школе он стал интересоваться, когда будет следующая экскурсия.

— Николай принял участие только в 5 экскурсиях, так как не сразу подключился к данной программе. Его результаты оказались самыми незначительными. Он не проявлял на занятиях особого беспокойства, но и интереса к происходящему тоже не демонстрировал, старательно избегал участия в

любых формах работы. Если педагоги не сразу привлекали его к деятельности, просто сидел и ничего не делал.

В обобщенном виде динамика формирования социально приемлемого поведения и навыков совместной деятельности представлена на *рисунках 1 и 2*.

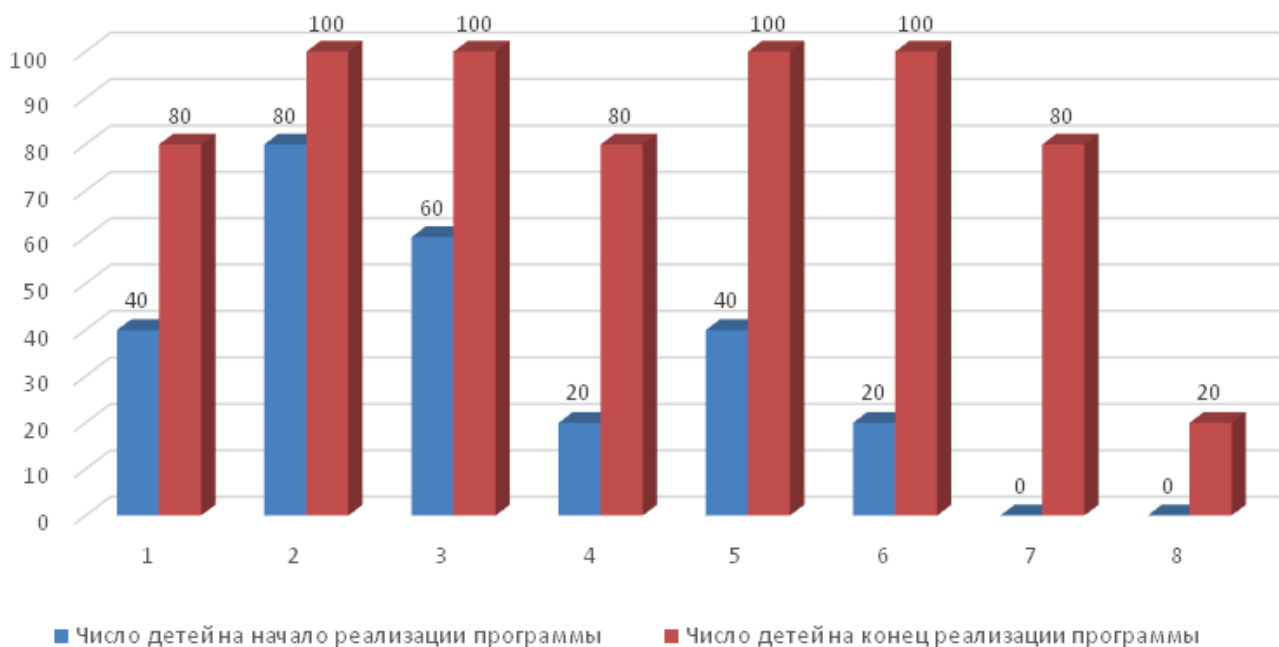


Рис 1. Показатели динамики социально приемлемого поведения (%)

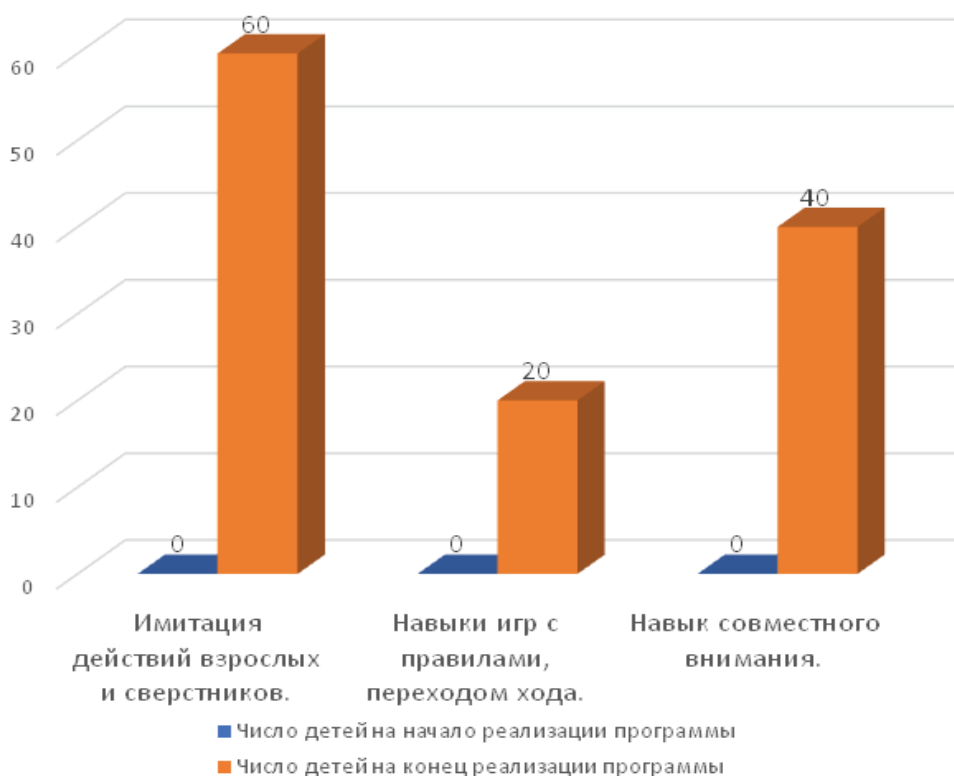


Рис 2. Динамика формирования навыков совместной деятельности (%)

По вертикальной оси в обеих диаграммах показан процент от числа испытуемых детей с РАС, у которых данный навык сформирован в более светлых столбцах (синего цвета) на начало проведения программы, темных (красного цвета) — на момент завершения.

В диаграмме на рисунке 1 по горизонтали расположены показатели, по которым отслеживались перечисленные элементы социально приемлемого поведения:

1 соблюдение ритуалов приветствия и прощания с работниками музея.

2 спокойное перемещение из автобуса в музей.

3 спокойное поведение во время занятий.

4 сохранение адекватного поведения на протяжении всего мероприятия.

5 адекватная реакция на внесение изменений в расписание

6 адекватное поведение при входе в музейные комнаты с экспонатами.

7 выполнение заданий в соответствии с планом занятий.

8 выполнение заданий, требующих совместных действий со сверстниками.

Также в диаграмме 1 отчетливо прослеживается положительная динамика сформированности коммуникативных и социальных навыков. Большинство из них оценены на 80–100%. Наименьшие показатели получены по критерию «Выполнение заданий, требующих совместных действий со сверстниками», что вполне объяснимо, поскольку это одно из самых сложных умений для детей с РАС. Этот критерий представлен в отдельной диаграмме на *рисунке 2*, он разбит на три навыка: «Имитация действий взрослых и сверстников», «Навыки игр с правилами, переходом хода», «Навык совместного внимания». На данной диаграмме динамика значительно ниже, чем на первой.

Приведенная на диаграммах информация получена на основе наблюдений специалистов, но показатели результатов подтверждены мнениями родителей. В процессе исследования среди них был проведен

опрос, в ходе которого предлагались вопросы по оценке формирования определенных коммуникативных и социально-бытовых навыков. Родителям предлагалось оценить утверждение применительно к его ребенку по трехбалльной шкале: 2 балла ставились, если утверждение соответствует в полной мере; 1 балл, если заметна положительная динамика, но не в полной мере; 0 баллов, если положительных изменений не отмечено. Результаты опроса родителей представлены в *таблице*.

Результаты опроса родителей подтверждают серьезную положительную динамику в формировании отдельных коммуникативных и социальных навыков их детей. Из приведенной таблицы видно, что 100% детей стали спокойнее (добавлю, некоторые даже с заинтересованностью) реагировать на информацию о предстоящей экскурсии; перестали демонстрировать тревогу и страх при переходе из автобуса в помещения музея и при посещении залов с экспонатами. Четверо родителей из пяти опрошенных отметили, что ребенок стал сам здороваться и прощаться в разных ситуациях, чего раньше не наблюдалось.

Несмотря на положительные отзывы о программе, в оценках родителей прослеживаются и показатели с низкой результативностью:

— 100% детей испытывают трудности при выполнении заданий, требующих совместных действий со сверстниками;

— 60% детей чувствуют неуверенность в понимании и выполнении заданий в соответствии с планом занятий;

— 60% детей не могут поделиться своими впечатлениями, несмотря на то, что все родители отмечают положительные эмоции у детей после каждой экскурсии.

Показателем оценки проведенной работы и заинтересованности родителей стало то, что все они выразили желание участвовать в программе и в дальнейшем, так она принесла ощутимые результаты. Приведем некоторые высказывания родителей:

Таблица

Опрос родителей по результатам работы программы «Экологические праздники в музее» (в процентах)

Заметили ли вы, что после реализации экскурсионной программы ваш ребенок:	2 балла	1 балл	0 баллов
Стал увереннее соблюдать ритуалы приветствия и прощания с посторонними людьми	60	40	0
Перестал беспокоиться при перемещении из автобуса в музей	20	20	60
Снизилась случаи социально неприемлемого поведения в домашних условиях	100	0	0
Перестал выказывать стремление покинуть залы и мероприятие	100	0	0
Дает адекватную реакцию на внесение в расписание экскурсии	80	0	20
Адекватно себя ведет при входе в музейные залы с экспонатами	100	0	0
Проявляет уверенность при выполнении заданий в соответствии с планом занятий	80	20	0
Проявляет уверенность при выполнении заданий, требующих совместных действий со сверстниками	60	40	0
Выказывает положительные эмоции после экскурсий	100	0	0
Делится впечатлениями об экскурсиях	100	0	0
Считаете ли вы подобную работу полезной для вашего ребенка?	40	40	20
Хотели бы вы, чтобы ваш ребенок продолжил занятия в формате экскурсий?	0	60	40

«На мой взгляд, такая форма работы очень полезна для наших детей, большое спасибо организаторам. Надеемся, что она будет продолжена».

«Я была на некоторых мероприятиях и очень удивилась, когда увидела, как мой ребенок с интересом принимает участие во многих видах деятельности, когда на первых занятиях он мучительно смотрел на дверь в ожидании окончания мероприятия».

«У моего ребенка неожиданно появился интерес к экскурсиям, он дома стал интересоваться, когда мы пойдем в музей. Раньше на любое предложение куда-нибудь пойти следовал твердый отказ. Благодаря участию в этой программе, сын не просто стал ходить везде с удовольствием, он стал сам звать взрослых пойти в зоопарк или музей».

В ходе программы и родители, и педагоги еще раз убедились в том, что «возможность взаимодействовать с другими людьми, выражать собственное мнение и влиять на окружение помогает в развитии позитивной самооценки и приводит к значительному снижению нежелательного поведения» [4, с. 69].

Обсуждение результатов

Таким образом, результаты проведенных мероприятий в рамках программы «Экологические праздники в музее» показывают, что экскурсионная деятельность может стать отличной формой работы по формированию коммуникативных и социально-бытовых навыков у детей с РАС. Из приведенных выше диаграмм видно: за время реализации программы 100% детей стали адекватно реагировать на внесение в расписание экскурсий, спокойно вести себя на занятиях, выходить из автобуса, перемещаться в помещениях музеев с экспонатами. Наиболее низкий показатель получен по критерию «Выполнение заданий, требующих совместных действий со сверстниками». Соответственно при дальнейшей работе планируется включение в каждое занятие упражнения и задания именно на совместные действия со сверстниками.

Вдохновленные видимыми результатами, педагоги школы совместно с музейными сотрудниками планируют продолжать работу по социализации детей с РАС в школе. Дорабатывается и действует программа на 2021–2022 учебный год с сохранением формы – экскурсии, но со сменой тематики. В новой программе планируется продолжить работу по социализации детей через краеведческую тематику. Город Ялutorовск имеет свою интересную историю, он является местом ссылки девяти декабристов, которые внесли свой вклад в развитие не только города, но и всего региона. Несмотря на всю сложность тематики, педагоги планируют начать занятия со знакомства участников группы с историческими и современными достопримечательностями города, с его природой, с производственными объектами.

Первая в этом году проведенная экскурсия показала некоторый откат в поведении детей с РАС. Педагоги предполагают, что причиной является годовой перерыв, когда, в результате пандемии, общество жило в жестком ограничении социальных контактов, и не было возможности вести экскурсионную деятельность. Учитывая данный факт, продолжение экскурсионной деятельности просто необходимо.

Заключение

Педагоги школы № 6 уверены, что реализацией программы «Экологические праздники в музее» сделан первый шаг в направлении развития у детей с РАС способностей к коммуникации и социальному взаимодействию. Получен первый серьезный положительный опыт, который постепенно приведет к освоению детьми более сложных форм взаимодействия и поведения. Понятно, что проведенными мероприятиями детей пока не социализировали. И есть много нерешенных проблем: практически никто еще не может уверенно, без помощи взрослых, взаимодействовать со сверстниками, быстро понимать и выполнять условия заданий или правила игры; сохраняются серьезные коммуникативные барьеры; не все родители понимают важность такой программы (в школе есть еще дети, которым очень нужна подобная форма коррекционной работы).

Но и положительные результаты налицо:

– у всех детей при выезде или выходе из школы значительно снизилась тревожность и проявления нежелательного поведения;

– трое из них стали демонстрировать интерес к данному формату работы;

– специалисты Ялutorовского музейного комплекса получили практический опыт работы с детьми с РАС и тоже с большим интересом наблюдали за происходящими с детьми переменами при каждом новом посещении;

– на занятиях у детей, пока точно и нечасто, начал появляться познавательный интерес к происходящему;

– вся проведенная работа принесла несомненную пользу также и слабовидящим детям, не имеющим психических особенностей: они довольно быстро научились помогать детям с РАС, спокойно относиться к их аффективным вспышкам, что говорит о повышении социализированности и получении ими опыта толерантности.

На момент завершения первого года реализации программы у детей значительно снизился уровень поведенческих проблем, стали проявляться познавательные способности, появились и активно использовались новые возможности для развития навыков имитации. Участие в программе группы детей, не имеющих искажений психического развития, помогло детям с РАС приобретать социальные и комму-

никативные навыки в естественных условиях. Если на первых занятиях их сопровождали родители, то на последних встречах 100% детей занимались самостоятельно.

В случае РАС, как и других отклонений в развитии, главной задачей комплексной коррекционной работы является возможно более полная социальная адаптация [7]. Проводимая программа «Экологические праздники в музее» позволяет еще раз убедиться в том, что развитие социальных навыков у ребенка с РАС — важнейшая задача, для решения которой не-

обходимо объединение усилий семьи и специалистов, работающих с ребенком.

Педагоги школы совместно с сотрудниками Ялutorовского музейного комплекса активно работают над продолжением программы, планируя в 2021–2022 учебном году на основе краеведческой тематики продолжить формирование социальных навыков детей с РАС, ключевым из которых будет развитие навыка взаимодействия со сверстниками. В ходе реализации следующего этапа программы будет проводиться оценка ее эффективности. ■

Литература

1. *Anne Ф.* Введение в психологическую теорию аутизма [Электронный ресурс] / Пер. с англ. Д.В. Ермолаева. Электронное издание (1 файл PDF: 217 с.). Москва: Теревинф, 2016. ISBN 978-5-4212-0351-3.
2. *Grandin Т., Эдельсон С.М.* «Если вы не откроете детям мир, они ничем не заинтересуются»: Интервью с Темпл Грандин // Аутизм и нарушения развития. 2020. Т. 18. № 3. С. 64–67. DOI:10.17759/autdd.2020180307
3. *Гриценко Л.И.* Воспитание в коллективе как основа развития и социализации личности // Психология образования в XXI веке: теория и практика: Материалы международной научно-практической конференции: Волгоград, 14–16 сентября 2011 г. Волгоград: Перемена, 2011. 474 с. ISBN 978-5-9935-0236-6.
4. *Довбня С., Морозова Т., Залогина А., Монова И.* Дети с расстройствами аутистического спектра в детском саду и школе: практики с доказанной эффективностью. Санкт-Петербург: Сеанс, 2018. 202 с., ил. ISBN 978-5-905669-37-8.
5. *Лебединская К.С., Никольская О.С., Баенская Е.Р. и др.* Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм. Москва: Просвещение, 1989. 92 с. ISBN 5-09-001264-4.
6. *Манелис Н.Г., Хаустов А.В., Григорян О.О. и др.* Обучение и социальная адаптация детей с тяжелыми формами развития: методическое пособие для родителей / под общ. ред. Касаткина В.Н. Москва, 2006. 108 с.
7. *Морозов С.А.* Детский аутизм и основы его коррекции (материалы к спецкурсу). Москва: Сигналь, 2002. 108 с.
8. *Морозов С.А., Морозова С.С., Морозова Т.И.* Некоторые проблемы инклюзии при расстройствах аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2020. Т. 18. № 1. С. 51–61. DOI:10.17759/autdd.2020180106
9. *Нестерова А.А., Айсина Р.М., Сулова Т.Ф.* Сопровождение позитивной социализации детей с расстройствами аутистического спектра: практическое руководство для педагогов. Москва: РИТМ, 2016. 192 с. ISBN 978-5-98422-281-5.
10. *Никольская О.С.* Аутизм лечится общением // Аутизм и нарушения развития. 2016. Т. 14. № 4. С. 35–38. DOI:10.17759/autdd.2016140406
11. *Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. и др.* Дети и подростки с аутизмом: Психологическое сопровождение. Москва: Теревинф, 2005. 224 с. ISBN 5-901599-28-4. *Путерс Т.* Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию. Санкт-Петербург: Институт специальной педагогики и психологии, 1999. 192 с.
12. *Скробкина О.В.* Проблемы социальной адаптации детей с синдромом детского аутизма // Аутизм и нарушения развития. 2009. Т. 7. № 2. С. 21–26.
13. *Хаустов А.В.* Особые образовательные потребности обучающихся с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития. 2016. Т. 14. № 2. С. 3–12. DOI:10.17759/autdd.2016140201
14. *Хаустов А.В., Руднева Е.В.* Выявление уровня социализации у детей с РАС // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 3. С. 16–24. DOI:10.17759/pse.2016210303
15. *Яцушко Е.А.* Игры с аутичным ребенком: Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. Москва: Теревинф, 2004. 136 с.

References

1. *Happé F.* Vvedenie v psikhologicheskuyu teoriyu autizma [Autism: An Introduction to Psychological Theory] [Digital resource] / transl. into Russian by D.V. Ermolaev. Digital edition (1 PDF file: 217 p.). Moscow: Publ. Terevinf, 2016. ISBN 978-5-4212-0351-3.
2. *Grandin Т., Edelson S.M.* «Eslы vy ne otkroete detyam mir, oni nichem ne zainteresuyutsya»: Interv'y u Templ Grandin [«If you don't Expose Children, they are not Going to get Interested» Temple Grandin interview]. *Autizm i narusheniya razvitiya* [Autism and Developmental Disorders (Russia)], 2020, vol. 18, no. 3, pp. 64–67. DOI:10.17759/autdd.2020180307
3. *Gritsenko L.I.* Vospitanie v kollektive kak osnova razvitiya i sotsializatsii lichnosti [Upbringing in a collective as basis for personal development and socialization]. In *Psikhologiya obrazovaniya v XXI veke: teoriya i praktika: Materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii: Volgograd, 14–16 sentyabrya 2011 g.* [Education psychology in the 21st century: theory and practice: Proceedings of the international scientific and practical conference: Volgograd, September 14–16, 2011]. Volgograd: Publ. Peremena, 2011. 474 p. ISBN 978-5-9935-0236-6.
4. *Dovbnya S., Morozova Т., Zalogina А., Monova I.* Dety s rasstroistvami autisticheskogo spektra v detskom sadu i shkole: praktiki s dokazannoi effektivnost'yu [Children with autism spectrum disorders in kindergarten and school: practices with proven effectiveness]. Saint Petersburg: Publ. Seans, 2018. 202 p., il. ISBN 978-5-905669-37-8.

5. *Lebedinskaya K.S., Nikol'skaya O.S., Baenskaya E.R. et al.* Deti s narusheniyami obshcheniya: Rannii detskii autism [Children with communication disorders: Early onset autism]. Moscow: Publ. Prosveshchenie, 1989. 92 p. ISBN 5-09-001264-4.
6. *Manelis N.G., Khaustov A.V., Grigoryan O.O. et al.* Obuchenie i sotsial'naya adaptatsiya detei s tyazhelymi formami razvitiya: metodicheskoe posobie dlya roditelei [Education and social adaptation for children with severe developmental disabilities: methodical guide for parents] / Kasatkin V.N. (gen. ed.). Moscow, 2006. 108 p.
7. *Morozov S.A.* Detskii autism i osnovy ego korrektsii (materialy k spetskursu) [Autism in children and the basis for its treatment (course materials)]. Moscow: Publ. «Signal», 2002. 108 p.
8. *Morozov S.A., Morozova S.S., Morozova T.I.* Nekotorye problemy inklyuzii pri rasstroivstvakh autisticheskogo spektra [Certain Inclusion Problems in Autism Spectrum Disorders]. *Autizm i narusheniya razvitiya [Autism and Developmental Disorders (Russia)]*, 2020, vol. 18, no. 1, pp. 51–61. DOI:10.17759/autdd.2020180106
9. *Nesterova A.A., Aisina R.M., Suslova T.F.* Soprovozhdenie pozitivnoi sotsializatsii detei s rasstroivstvami autisticheskogo spektra: prakticheskoe rukovodstvo dlya pedagogov [Supporting children with autism spectrum disorders in positive socialization: Guide for educators]. Moscow: Publ. RITM, 2016. 192 p. ISBN 978-5-98422-281-5.
10. *Nicol'skaya O.S.* Autizm lechitsya obshcheniem [Treating autism with communication]. *Autizm i narusheniya razvitiya [Autism and Developmental Disorders (Russia)]*, 2016, vol. 14, no. 4, pp. 35–38. DOI:10.17759/autdd.2016140406
11. *Nicol'skaya O.S., Baenskaya E.R., Libling M.M. et al.* Deti i podrostki s autizmom: Psikhologicheskoe soprovozhdenie [Children and adolescents with autism: Psychological support]. Moscow: Publ. Terevinf, 2005. 224 p. ISBN 5-901599-28-4. *Peeters T.* Autizm: ot teoreticheskogo ponimaniya k pedagogicheskomu vozdeistviyu [Autism: From Theoretical Understanding to Educational Intervention]. Saint Petersburg: Publ. Wallenberg Institute for Special Education and Psychology, 1999. 192 p.
12. *Skrobkina O.V.* Problemy sotsial'noi adaptatsii detei s sindromom detskogo autizma [Problems of social adaptation for children with early onset autism syndrome]. *Autizm i narusheniya razvitiya [Autism and Developmental Disorders (Russia)]*, 2009, vol. 7, no. 2, pp. 21–26.
13. *Khaustov A.V.* Osobyie obrazovatel'nye potrebnosti obuchayushchikhsya s rasstroivstvami autisticheskogo spektra [Special educational needs of students with autism spectrum disorders]. *Autizm i narusheniya razvitiya [Autism and Developmental Disorders (Russia)]*, 2016, vol. 14, no. 2, pp. 3–12. DOI:10.17759/autdd.2016140201
14. *Khaustov A.V., Rudneva E.V.* Vyyavlenie urovnya sotsializatsii u detei s RAS [Measuring the Level of Socialization in Children with Autism Spectrum Disorder]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie [Psychological Science and Education]*, 2016, vol. 21, no. 3, pp. 16–24. DOI:10.17759/pse.2016210303
15. *Yanushko E.A.* Iгры s autichnym rebenkom: Ustanovlenie kontakta, sposoby vzaimodeistviya, razvitie rechi, psikhoterapiya [Playing with an autistic child: Establishing contact, ways of interaction, speech development, psychotherapy]. Moscow: Publ. Terevinf, 2004. 136 p.

Информация об авторах

Попова Светлана Петровна, учитель-дефектолог, Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья средняя общеобразовательная школа-интернат № 6 в г. Ялуторовск (МАОУ для обучающихся с ОВЗ СОШ-интернат № 6 в г. Ялуторовск), г. Ялуторовск, Тюменская область, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9296-1540>, e-mail: svetlanapopova71@mail.ru

Information about the authors

Svetlana P. Popova, Special Teacher, Municipal Autonomous Educational Institution for Students with Disabilities Secondary Boarding School No. 6 in Yalutorovsk, Yalutorovsk, Tyumen Region, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9296-1540>, e-mail: svetlanapopova71@mail.ru

Получена 07.02.2021

Received 07.02.2021

Принята в печать 09.03.2021

Accepted 09.03.2021

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
CLINICAL CASE

**Лонгитюдное наблюдение за психосоциальным
и интеллектуальным развитием пациента с аутизмом**

Докукина Т.В.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр психического здоровья», Минск, Республика Беларусь
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7657-7496>, e-mail: polak0208@mail.ru

Осипчик С.И.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр психического здоровья», Минск, Республика Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3784-4293>, e-mail: sergeio@mail.ru

Григорьева Н.К.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4892-182>, e-mail: maryzhdan1991@gmail.com

Алько Т.Н.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5352-8990>, e-mail: m_montage@tut.by

Лапыш О.М.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр психического здоровья», Минск, Республика Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6696-2494>, e-mail: o.lapysh@mail.ru

Трущенко М.Н.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр психического здоровья» Минск, Республика Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5773-8899>, e-mail: marith@bk.ru

Описан опыт наблюдения и медицинского сопровождения пациента с синдромом Каннера с раннего возраста до 27 лет в рамках комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения. Многолетняя медицинская и психолого-педагогическая поддержка и работа семьи позволили развить у пациента социальные навыки и художественные способности. Демонстрируется позитивная динамика интеллектуального и эстетического развития, сглаживание негативных поведенческих особенностей пациента. Подчеркивается важность совместной слаженной работы врача-психиатра, логопеда-дефектолога, психолога и родителей. Комплекс реабилитационных мероприятий специалистов и родителей дал положительный результат: молодой человек социализирован и уже не нуждается в специальном непрерывном медико-психологическом сопровождении. В рамках сопровождаемой занятости он посещает художественную мастерскую при монастыре и занимается живописью. С успехом прошла его персональная выставка. Подобные случаи — стимул к постоянной активной работе родителей и педагогов с детьми, имеющими тяжелые формы аутистических расстройств, и к разработке новых эффективных методов лечения, абилитации и реабилитации, особенно в труднокурабельных случаях.

CC BY-NC

Ключевые слова: ранний детский аутизм, синдром Каннера, лонгитюдное наблюдение, ребенок, интеллектуальное развитие, психосоциальное развитие.

Финансирование. Исследование выполнено при поддержке Национальной академии наук Беларуси в рамках проекта государственной программы научных исследований «Фундаментальные и прикладные науки — медицине».

Для цитаты: Лонгитюдное наблюдение за психосоциальным и интеллектуальным развитием пациента с аутизмом / Докукина Т.В. [и др.] // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 1 (70). С. 65–73. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.20211908>

Longitudinal Observation of the Psychosocial and the Intellectual Development of a Patient with Autism

Tatyana V. Dokukina

State Institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health”,
Minsk, Republic of Belarus,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7657-7496>, e-mail: polak0208@mail.ru

Sergei I. Osipchik

State Institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health
Minsk, Republic of Belarus.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3784-4293>, e-mail: sergeio@mail.ru

Natalia K. Grigorieva

Belarusian State Medical University,
Minsk, Republic of Belarus.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4892-6182>, e-mail: maryzhdan1991@gmail.com

Tatiana N. Alyko

Belarusian State Medical University
Minsk, Republic of Belarus
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5352-8990>, e-mail: m_montage@tut.by

Olga M. Lapysh

State Institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health”
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6696-2494>, e-mail: o.lapysh@mail.ru

Maria N. Truschenko

State Institution “Republican Scientific and Practical Center Mental Health”
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5773-8899>, e-mail: marith@bk.ru

The article describes the experience of observation and medical support of a patient with Kanner’s syndrome from an early age to 27 years in the framework of complex medical, psychological and educational support. Long-term medical and psycho-educational support and family work allowed the patient to develop social skills and artistic abilities. The positive dynamics of intellectual and aesthetic development, smoothing of negative behavioral characteristics of the patient are demonstrated. The importance of joint well-coordinated work of a psychiatrist, speech therapist-special teacher, psychologist and parents is emphasized. The complex of rehabilitation measures of professionals and parents gave a positive result: the young man is socialized and no longer needs special continuous medical and psychological support. As part of the supported employment, he attends an art workshop at the monastery and is engaged in painting. His personal exhibition had success. Such cases are an incentive for the constant active work of parents and teachers with children with severe forms of autistic disorders, and for the development of new effective methods of treatment, habilitation and rehabilitation, especially in difficult to manage cases.

Keywords: autism, intellectual disability, child, diagnosis, longitudinal study, education.

Funding. The study carried out with the support of the National Academy of Sciences of Belarus in the framework of the project of the state program of scientific research “Fundamental and Applied Sciences — Medicine”.

For citation: Longitudinal Observation of the Psychosocial and the Intellectual Development of a Patient with Autism / Dokukina T.V. [et al.]. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2021. Vol. 19, no. 1 (70), pp. 65–73. DOI:10.17759/autdd.2021190108 (In Russ.).

Во всем мире, в том числе в Республике Беларусь, отмечается высокая распространенность психических расстройств среди детского населения. При отсутствии своевременной специализированной помощи психические нарушения, возникающие в раннем детстве, вызывают тяжелые задержки психического развития и приводят к инвалидности [1].

В отличие от взрослых, у детей психические расстройства рудиментарны, изменчивы, они имеют особенность то исчезать, то появляться вновь, а иногда ограничиваются одним или двумя очевидными симптомами. Несовершенный речевой контакт с ребенком (а иногда его отсутствие) и присущие детям особенности поведения не всегда позволяют получить субъективные данные об их переживаниях [2; 9; 14].

Вероятно, самой главной причиной трудностей при выявлении и правильной диагностике психических нарушений в детском возрасте является их маскированность соматическими, поведенческими или интеллектуальными расстройствами. Это ведет к небезобидным ошибкам диагностики: искажается статистика, порождается множество проблем, значимых для развития ребенка и его адаптации в будущем. Затрудняются или запаздывают медикаментозная терапия, адекватная коррекционная помощь, определение формы и мест обучения, профессиональная ориентация [4; 6; 10].

Встречаются случаи, когда психиатр в 3–4-летнем возрасте ребенка не выставляет адекватный диагноз по просьбе родителей из-за стигматизирующего влияния ряда психиатрических диагнозов и перекладывает эту задачу на плечи другого врача-специалиста, с которым ребенок встретится в более старшем возрасте. Иногда из-за оплошности психиатра выставляются 3 диагноза: ранний детский аутизм (F84.0), умственная отсталость (F70), расстройство экспрессивной речи (F80.1). Этот факт врачом может объясняться тем, что ребенка сложно диагностировать, и его необходимо более длительное время наблюдать.

Но очевидно, что при неправильно установленном диагнозе ребенку определяются неэффективное лечение, неверный образовательный маршрут, и в дальнейшем финалом будет его инвалидизация. И хотя ребенку-инвалиду определяется степень утраты здоровья, назначается пенсия, даются льготы ухаживающим родителям, при этом меняются форма и место обучения ребенка, его зачастую переводят на надомное обучение с посещением центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, то есть он переводится на низший уровень об-

учения, и в этом случае нарушаются установленные уже контакты с детьми, которые детям с аутизмом так необходимы.

Диагноз ранний детский аутизм при повторном рассмотрении часто не подтверждается. В иных случаях под ранним детским аутизмом скрывается детская шизофрения или умственная отсталость. Известный детский психиатр Н.М. Иовчук проводит дифференциальный диагноз между этими двумя нозологическими единицами [6, с. 30–45]. Ранний детский аутизм — это врожденное пожизненное тяжелое расстройство, требующее максимальной коррекции и многолетних усилий разных специалистов. Ранняя детская шизофрения — процессуальное заболевание, приводящее к тяжелому нарушению развития и оставляющее неизгладимый след на всей психической структуре личности. Рано начавшаяся шизофрения развивается по своим эндогенным законам, имеет начало и стадии прогрессивности или регрессивности течения, иногда с полным исчезновением продуктивной симптоматики [11; 15].

Российские авторы Т.Г. Горячева и А.С. Султанова с 1990 года начали разрабатывать метод сенсорной коррекции [2]. С точки зрения авторов все патологические состояния в детском возрасте связаны с нарушением морфофункционального развития нервной системы и имеют двустороннюю связь. По мнению авторов, причиной нарушения морфофункционального созревания может быть травматический, токсический или иной характер повреждения структур головного мозга, а также повреждение сенсорных систем, приводящих к тотальному или парциальному нарушению психического развития, нарушению адаптации и поведения ребенка. С другой стороны, пациент с грубыми нарушениями деятельности ЦНС обеднен сенсорно, двигательными и коммуникативно, так как его мозг получает недостаточную афферентацию, то есть поступающую в ЦНС информацию, как извне, так и от проприо- и интерорецепторов. В связи с чем он не может полноценно развиваться [3; 12].

Исследователи, изучающие онтогенез нервной системы, говорят о высокой пластичности мозга, особенно детского. Л.С. Выготский (1983) выделил пластичность нервной системы и психики как одну из закономерностей развития в норме и патологии. Он подчеркнул, что для реализации этой пластичности необходимы определенные социальные условия. Отметил, что функционально незрелые структуры мозга имеют большую пластичность, чем уже сформированные [3].

Созревание различных структур мозга является необходимой предпосылкой развития психических функций. Активная адресация к ребенку различных форм социального воздействия определяет способ формирования его психики и оказывает стимулирующее влияние на созревание структур мозга. К таким социальным воздействиям можно отнести и специальные коррекционные мероприятия, в том числе и сенсомоторную коррекцию. Организация психической деятельности и мозговых структур рассматривается в концепциях ведущих советских исследователей А.Р. Лурии (рассматривающего три блока головного мозга) и А.Н. Бернштейна, разработавшего иерархическую организацию движений человека и выделившего пять уровней построения движения [5; 8]. Исследователи подчеркивают, что нервная система и мозговые структуры останутся недоразвитыми без влияния оптимальной внешней афферентации. Примером может служить глухонемой ребенок, который не будет развиваться без целенаправленного педагогического воздействия.

Цель любого коррекционного воздействия, в том числе и сенсомоторной коррекции, — это восстановление нормального протекания онтогенеза и социальной адаптации. Эффективность коррекции ребенка зависит от следующих факторов: квалификации специалиста, проводящего диагностику, целенаправленности и регулярности занятий, а также от исходного состояния ребенка, степени выраженности нарушений, возраста, в котором начата коррекционная работа (эффективнее ранее вмешательство); от позитивного комплаенса с родителями пациента и согласованной работы специалистов разных профилей. Детям с тяжелыми нарушениями развития и сложной структурой дефекта (детский церебральный паралич, расстройства аутистического спектра, умственная отсталость) адекватная и компетентная коррекционная помощь помогает улучшить развитие, обучаемость, помогает предотвратить возникновение ряда вторичных патологических состояний, поднять уровень социальной адаптации, в целом улучшить качество жизни ребенка и семьи [2; 7].

Наиболее тяжелые формы детского аутизма (F84.0) фиксируются с рождения, но родители обращаются к психиатрам чаще всего в возрасте 3 лет. По мере взросления ребенка при постоянном проведении коррекционных занятий в дошкольных и школьных учреждениях, центрах коррекции и развития, на занятиях с логопедом с 3-летнего возраста и при согласованной работе специалистов разных профилей значительно повышается его успеваемость, расширяется кругозор.

В представленном клиническом случае с долгосрочным наблюдением видно, как постепенно и нелинейно идет развитие пациента, сопровождаемое и направляемое совместными усилиями семьи, врача-психиатра и педагогов. Лишь в 20-летнем возрасте у Саши проявились художественные способности. На описанном примере варианта течения детского аутизма показаны усиление пластичности нервной системы и развитие психики в целом. В данном случае можно

говорить о некотором созревании или реализации функционально незрелых структур мозга, согласно учению Л.С. Выготского.

В настоящее время пациенту Саше К. 27 лет. Наследственность по линии отца: бабушка отличалась постоянно приподнятым настроением, была активна, энергична, гостеприимна. В течение всей жизни чувствовала себя непринужденно в любой обстановке. Наследственность по линии матери: дедушка отличался скрытностью, замкнутостью, неразговорчивостью, но оставался достаточно активным на работе; был исполнительным, пунктуальным. Отец: инженер по специальности, спокойный, сдержанный, неторопливый, поддерживает хорошие отношения на работе, помогает жене по хозяйству, в доме выполняет любую работу, внимателен к сыну. Мать: инженер-химик, общительная, энергичная, работоспособная. Свои и чужие проблемы принимает близко к сердцу, в доме не терпит беспорядка. С трехлетнего возраста сына, уйдя с работы, ухаживает за ребенком: водит его на все занятия. Пациент от второй беременности (1-я беременность — неразвившийся плод), беременность протекала с угрозой прерывания на всем протяжении. Мать лежала на сохранении в стационаре. Роды путем кесарева сечения, преждевременные с безводным периодом 7 часов. Вес мальчика при рождении 2 кг 900 грамм, рост 47 см.

Раннее развитие: головку начал держать в 3 месяца, ползать в 5 месяцев, сидеть в 6 месяцев, ходить в 1 год 5 месяцев. Гуление появилось после года, лепет к двум годам. В грудном возрасте был беспокойным, плохо засыпал, многократно просыпался за ночь. В 2–3 месяца отсутствовала улыбка при виде человеческого лица. Не тянулся на руки к матери. На первом году жизни не требовал к себе внимания, мог лежать в кроватке и не реагировать на уход матери. В 6-месячном возрасте не реагировал на голос матери, отмечался «скользящий взгляд» по лицам окружающих. Чрезмерная заторможенность сменялась двигательной активностью. Выявлялись особенности раннего психомоторного развития (не принимал удобную позу, когда его брали на руки, отсутствовало встречное движение, когда ребенка собирались взять на руки). Отмечался неподвижный взгляд и безразличие к звукам. Иногда тихо лежал с широко открытыми глазами. Отказывался сосать грудь, хотя сцеженное молоко принимал охотно. В возрасте 5–6-ти месяцев отсутствовали эмоциональные реакции: радость, удивление, недовольство. С первых месяцев жизни мальчик не вовлекался во взаимодействие со взрослыми, не устанавливался тактильный, слуховой, зрительный контакт. В возрасте 5–6-ти месяцев не проявлял интереса к игрушкам. Первые звукокомплексы появились после года. На первом году жизни отмечались нарушение сна, аппетита, обильные срыгивания, не связанные с соматическими заболеваниями. Ребенок не использовал указательный жест. К 1,5 годам не умел пить из чашки, только из ложечки. Не переносил шум бытовых приборов, боялся зву-

ков, издаваемых животными. У родителей возникли подозрения, что ребенок неслышащий, плохо видит. Мальчик плохо переносил гигиенические процедуры (стрижку ногтей, купание). С 2,5 лет начал обнюхивать новые игрушки.

К трем годам он не умел собирать пирамидку с учетом величины колец. Выявлялись преходящее косоглазие, ходьба на цыпочках, игра пальцами перед лицом, потряхивание кистями рук.

Возраст 3 года. Психический статус в период пребывания в детском психиатрическом отделении: эмоциональный контакт затруднен. На осмотр реагирует негативно, тревожен, в процессе общения успокаивается. На фоне сильной эмоциональной реакции вскакивает с места, бежит из угла в угол, руки согнуты в локтевых и плечевых суставах, потряхивает кистями, переминается с ноги на ногу, затем начинает прыгать на месте, громко кричит. Услышав громкий звук в коридоре за дверью, закрывает пальцами уши. Регуляция поведения взрослыми затруднена. Внимание неустойчиво, быстро истощается, ребенок теряет интерес. Предметная деятельность на уровне простых манипуляций, чаще с помощью матери. Обращенную речь понимает и жестом подкрепляет. Затруднено понимание вопросных конструкций. Речевое развитие на уровне звукоподражаний и нескольких слов (мама, дай, ута, кис-кис).

С 3 лет предпочитал играть с крышками, банками, пакетами. После 3 лет не расставался с мягким медведем, выстраивал игрушки в горизонтальный ряд, однообразно рассаживал зверей на диване, педантично отмечал место каждой игрушки и никому не разрешал нарушать порядок. Сторонился других детей на игровой площадке, предпочитал играть один. Не воспринимал новые игрушки, наблюдались эпизоды аутоагрессии при невыполнении его желаний. Во время осмотра выявилась аномалия походки с отсутствием опоры на всю стопу, неловкость и неуклюжесть. Периодически совершал стереотипные движения пальцами рук. Имели место двойственные проявления: не терпел постоянного шума, однако сам мог громко стучать.

Неоднократные попытки социализации ребенка в детском саду были unsuccessful: мальчик громко кричал, плакал, избегал детей, держался обособленно. Коррекционные занятия с логопедом проводились дома. Вначале ребенок давал протестные реакции: убегал из-за стола, громко кричал, рвал пособия. Через две недели успокоился. При виде логопеда, на слово «здравствуй», кивал головой и садился за стол. Выдерживал занятие 10 минут, после занятия требовал награду «фету» (конфету). Любил есть пирожки, тушеный картофель с мясом. Стал «помогать» маме готовить тесто для пирожков и булочек, обожал стереотипно переворачивать страницы книг. К вечеру становился возбужденным, повторял одни и те же звукоподражания, слова из мультфильмов («но-но-пого»). С течением времени стала все более заметной зависимость от погоды: в пасмурную погоду становился капризным, вялым, быстро уставал.

В возрасте 4-х лет увеличился запас слов, о себе мальчик говорил в третьем лице. С просьбами к родным не обращался, отвечал на вопросы эхололично с помощью жестов. Продолжал бояться громких звуков. Движения стали более координированными, хотя все равно оставался неуклюжим и неловким. Элементы сюжета в игре не появились. Игра оставалась стереотипной, сохранялся прежний порядок рассаживания игрушек на диване. Саша не дифференцировал одушевленные и неодушевленные предметы. Отсутствовал зрительный контакт «глаза в глаза». Мальчик отводил взгляд от собеседника или останавливал на какой-либо детали (очках, цепочке). Слабо реагировал на зрительные и слуховые раздражители (украшенную елку, телефонный звонок). Стремился к сохранению постоянства (не разрешал переставлять мебель, отвергал новую рубашку). Сохранялись моторные автоматизмы: раскачивания, прыжки, потряхивания руками, многократные повторения отдельных слов и звукокомплексов.

Наблюдались слабость эмоциональных реакций на близких: в магазине мальчик мог уйти от матери, выскочить на улицу и бесцельно бродить. Не терпел проявлений родительской ласки: если пытались его обнять и погладить по голове, то он отбрасывал руки родителей и сердился. В ответ на нарушение привычного хода событий становился беспокойным, тревожным, агрессивным, проявлял также аутоагрессию.

К 5-ти годам научился собирать пирамидку, усвоил основные цвета, появились понятия «большой — маленький», «один — много», увеличился пассивный запас слов.

В возрасте 5-ти лет ребенку был выставлен диагноз: ранний детский аутизм (аутизм Каннера). Умеренная умственная отсталость (IQ 45).

Назначения: трифтазин, тизерцин на ночь, ноотропные лекарственные препараты.

К 6-ти годам Саша перестал бояться детей, смотрел на их игры из-за угла, но сам участия в играх не принимал. Увеличился запас слов, он стал обращаться к родителям с просьбами. Фразы составлял односложные. В речи больше употреблял существительные, иногда объяснялся жестами, эхололично повторял слова и их окончания. Зажимал уши при детском крике. Походка неловкая, неуклюжая. Вместе с мамой начал рассматривать развивающие игры с картинками, буквами, цифрами. Получал дополнительное лечение: кавинтон, актовегин, эмоксипин, церебролизин, ноотропил, кортексин на фоне приема трифтазина.

В 8 лет поступил во вспомогательную школу, выучил буквы и цифры, испытывал трудности при слиянии слогов. В школе с трудом выдерживал 25 минут занятия. Поведение менялось в течение дня, утром оставался спокойным, вечерами, со слов родителей, превращался в «громкий аутизм, громкоговоритель»: бежал из угла в угол, гримасничал, производил вычурные движения руками, размахивал ими, как крыльями, пытаясь взле-

теть, производил червеобразные движения пальцами рук, произносил слова и фразы-штампы. На обращенную речь не реагировал, но непрерывно громко и отрывисто говорил сам с собой, назойливо тряс руками, ходил кругами. Периодически нарушался сон (вечером поздно засыпал). При присоединении к лечению 200 мг финлепсина улучшился сон, вечером стал быстрее засыпать. Начал много есть, полюбил пищу.

К 10-ти годам: движения быстрые, присутствует неуклюжесть; питание повышенное, много говорит о еде, в частности о пище, которую готовит вместе с мамой. Речь очень громкая, на вопросы отвечает эхολалично, часто говорит о себе в третьем лице. Стереотипно трясет руками, ходит, как маятник, из угла в угол. Во время беседы врача с родителями пациента непрерывно разговаривает сам с собой, не обращая внимания на просьбу врача говорить тише. Иногда подражает голосу диктора, произносит несколько рекламных текстов. Перелистывая страницы книг, не задерживается на иллюстрациях, шумно переворачивает страницы журнала, иногда разрывает их, продолжая произносить отдельные рекламные выдержки.

К 15-ти годам с улыбкой встречает врача, называет по имени и отчеству, при ответах на вопросы в глаза не смотрит. Речь громкая, отрывистая, подражает интонации диктора, на вопрос о возрасте отвечает: «5 10 15». Научился читать самостоятельно, пересказывает прочитанный текст по вопросам. Счетные операции выполняет на конкретном материале (пальцах). Несмотря на полноту и неуклюжесть движений, у него остаются сохранными тонкие движения пальцев рук. Помогая маме, мальчик может очень аккуратно лепить пельмени и вареники, изготавливать из теста фигурки птичек, цветы, предметы обихода. Накрывая на стол, очень тонко подбирает цвета. На предложение вымыть руки, увидев мочалку, Саша мог громко начать читать стихи С.Я. Маршака «Мойдодыр». На середине стихотворения внезапно замолкал и переключался на стереотипные фразы: «Буду бить печку, буду бить холодильник, буду бить стол». В комнате сохранял давний порядок в расстановке игрушек, одежды. Сохранял привычный маршрут к троллейбусной остановке: ходил одной и той же дорогой, садился в троллейбус голубого цвета, в номере которого должна быть цифра 6. Если родители хотели зайти в троллейбус другого цвета, кричал, топал ногами, иногда убежал с остановки. В классе сидел только в правом ряду за второй партой, предложение учителя сменить парту оборачивалось скандалом. На перемене с детьми не играл, стоял в углу за шкафом, наблюдая за игрой, иногда присоединялся к бегу по кругу. В процессе занятий в школе и с логопедом сформировались обобщающие понятия. Классифицировал предметы, мог выделить «четвертый лишний», решал задачи. Выполнение заданий сопровождалась потряхиванием руками, топанием, криками.

В возрасте 16-ти лет, в период полового созревания, Саша стал возбужденным, онанировал, ссорился с родителями, проявлял агрессию. Периодически на

фоне дистимического приступа усиливалось психомоторное возбуждение: бегал по кругу, ходил взад-вперед, громко выкрикивал слова и отдельные предложения, громко смеялся, импульсивно мог ударить окружающих, не выполнял предложенные инструкции. Назначен рisperолепт в возрастных дозах.

В 18 лет Саша окончил вспомогательную школу. В сопровождении мамы продолжал посещать центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации. Занимался с психологом, дефектологом, педагогом. Продолжались частные занятия с логопедом на дому. На приеме: крупный молодой человек плотного телосложения. Светлая кожа, русые волосы. Выразительный венозный рисунок. При входе в кабинет движения расторможен, совершает стереотипные движения, сжимает руки в кулаки, потряхивает пальцами, походка остается неуклюжей, но мелкая моторика развития хорошо. Многоглаголив, озвучивает свои действия, многократно задает одни и те же вопросы, в общении присутствуют эхολалии. Речь фразовая. В письме множественные аграмматизмы. Понимание обращенной речи достаточное, в полном объеме. Переносит усвоенные навыки. Понимание причинно-следственных связей с опорой на наглядность. Звуки раннего и позднего онтогенеза поставлены. Знает и называет основные цвета и оттенки. Соотносит плоское с объемным зрительно. Использует обучающую помощь. Темп деятельности неравномерный, умственная работоспособность волнообразная (общий IQ 57). Электроэнцефалограмма: очаговых изменений и эпилептиформной активности не зарегистрировано. Отчетливый акцент медленноволновой активности в левом полушарии, изменения по органическому типу с заинтересованностью подкорковых структур.

С психологом Саша занимался рисованием: обматывал указательный палец в краску и раскрашивал контуры картинок. Затем стал погружать в краску ладонь и рисовать отдельные пятна на полотне. Со временем рисование стало занимать ведущую роль в его деятельности, он проводил несколько часов за этим занятием. С удовольствием лепил из пластилина отдельные фигурки зверей и цветы. Стал включаться в работу по дому, вместе с матерью чистил мягкую мебель и ковры. Помогал в приготовлении пищи. Ходил с матерью за продуктами, помогал носить тяжелые корзинки, но предпочитал одну и ту же дорогу, в магазин ездил на троллейбусе только голубого цвета. Стереотипные фразы и привычки с течением времени не исчезали, Саша повторял «и будем бить плитку, холодильник». По-прежнему он сторонился незнакомых людей и оставался многоглаголивым со знакомыми.

К 20-ти годам Саша еще более увлекся рисованием, стал с натуры рисовать птиц, подбирая краски. Мог смешивать цвета, подбирая нужные оттенки.

К 27-ми годам у Саши было написано множество натюрмортов и пейзажей. Профессиональные художники обратили внимание на точность изображения предметов, нежность оттенков и организовали в 2014-м году

молодому человеку персональную выставку. Эту выставку посетил английский принц Майкл Кентский. Молодой художник подарил ему одну из картин.

Психический статус в возрасте 27 лет. Войдя в кабинет, пациент вначале потоптался на пороге, громко поздоровался и спросил, почему доктор не посетила его выставку. Не слушая ответы, обратил внимание на вешалку и спросил, сколько там крючков, при этом, совершая стереотипные движения туловищем, заламывая пальцы, подпрыгивал на одном месте, громко смеялся. Подойдя к окну и увидев чайник, сказал: «Будем бить чайник». После слов врача: «Бить чайник нельзя, он предназначен для кипячения воды», стал повторять: «Саша пришел, Саша устал. У Саши болит голова. Саша хочет кушать». В ответ на менторский тон врача: «Сядь, пожалуйста, отвечай на мои вопросы! Какой продукт не подходит к остальным? Яблоко, помидор, груша и слива». Быстро ответил: «Помидор. Растет на грядке. Помидор овощ». На вопрос: «Чем отличается птица от самолёта?». Ответил «Оба летают, но птица живая, а самолет нет». Продолжал повторять тексты рекламы, приближая лицо то к маме, то к врачу, не обращая внимания на просьбы говорить тише, переставлял диванные подушки и мягкие игрушки, не разрешил никому сесть на диван. Потребовал приготовить чай, с удовольствием съел бутерброды, убрал посуду в раковину, помог маме помыть посуду, попросил врача проводить его до остановки. Потребовал ехать в 36 троллейбусе, несмотря на объяснения родителей, что троллейбус останавливается далеко от дома, и придется идти пешком. Саша настоял на своем желании. Показатели по шкале Векслера: вербальный IQ – 41, невербальный IQ – 45, общий IQ – 62.

Диагноз: Синдром аутизма (Каннера). Легкая умственная отсталость (IQ62). Пациент имеет вторую нерабочую группу инвалидности. Потребность в труде реализует в художественной мастерской при мужском монастыре.

Заключение

Приведенный клинический случай может служить классическим примером истории развития детей с аутизмом. У детей с аутизмом усвоение информации происходит через опыт посредника. Им необходимы систематические индивидуальные занятия с логопедом-дефектологом на протяжении многих лет, включая занятия по развитию общих понятий и разъяснение простых суждений, которые самостоятельно усваиваются здоровыми детьми более раннего возраста. История Саши показывает, что совместные многолетние усилия семьи и специалистов разных профилей: психологов, логопедов, педагогов, врачей дают возможность детям с аутизмом улучшить социальную адаптацию и качество жизни.

В случае с Сашей ведущее место в клинической картине занимает аутистический радикал, прису-

щий пациенту с раннего возраста, и приостановка в развитии. В течение дошкольного периода сохранялась отгороженность от внешнего мира, стремление к сохранению постоянства среды и ритуалов, однообразие поведения, склонность к стереотипиям. На протяжении всего наблюдения отмечались слабость эмоциональных реакций на окружающее, манипулятивный характер игровой деятельности, отсроченные эхолалии, интеллектуальное недоразвитие. В период полового созревания присоединились дистимические приступы. Школьные годы отличались постоянством аутистической симптоматики с интеллектуальным недоразвитием. Постоянная психокоррекционная работа с мальчиком, правильно выбранный образовательный маршрут явились необходимой предпосылкой для развития психических функций. В возрасте 5 лет IQ был равен 45, в 18 лет – 57, в 27 лет – 62. Несмотря на повышение интеллектуального уровня и проявившийся интерес к выполнению бытовых заданий, он сохранил те же стереотипии, интровертированность, сверхценные увлечения. После окончания школы молодой человек остается одиноким. Под руководством матери он выполняет работы по дому, занимается рисованием, лепкой, но пациент не способен налаживать полноценные отношения с другими людьми и выглядит совершенно счастливым, когда остается один. У Л. Каннера (1947) встречается выражение «крайнее аутистическое одиночество» [13]. Наш пациент «особенный» в своем развитии: несмотря на высокий рост, плотное телосложение, неуклюжесть, у него сохранились тонкие движения пальцев рук, он ловко лепит вареники из теста, фигурки из пластилина, сохранилась врожденная восприимчивость цветов и особенно их оттенков. Он пишет картины, но не может объяснить замысел сюжета, у него не хватает слов для описания. Не может также выразить радость по поводу признания его картин.

В представленном случае отсутствуют прогрессивность, продуктивная симптоматика, а также признаки углубления и смены симптоматики. С рождения наблюдается у пациента психическое недоразвитие. Не следует игнорировать недоношенность, родовую травму, истощаемость психических процессов, что подтверждает роль органического поражения ЦНС в развитии заболевания. В процессе занятий отмечается тенденция не к нарастанию, как при эндогенном процессе, а к редуцированию уровня интеллектуальной недостаточности: переход от умеренной степени к легкой. На этот органический фон наслаивается состояние «крайнего аутистического одиночества», «неопределенное стремление к постоянству» [13].

Исход заболевания Саши К. показывает результативность совместной работы врачей-специалистов, психологов, логопедов-дефектологов и семейного окружения, что может служить стимулом к постоянной настойчивой работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра, для других родителей и специалистов. ■

Литература

1. Аутизм у детей (клиника, диагностика, коррекция) / Докукина Т.В., Гаврилова Т.А., Голубева Т.С. и др.; под ред. Докукиной Т.В. Самара, 2019. 120 с.
2. Горячева Т.Г., Султанова А.С. К теоретическому обоснованию сенсомоторной коррекции при дизонтогенезе и различных патологических состояниях у детей // Методологические и прикладные проблемы медицинской психологии: коллективная монография. Москва: Сам полиграфист, 2018. С. 177–188. ISBN 978-5-94051-150-2.
3. Дорохов М.Б. Нейропсихологическая модель формирования аутистических расстройств и особенности их коррекции // Научно-исследовательские публикации. 2015. № 5 (25). С. 5–63.
4. Иванов И.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. Диагностика нарушений психического развития в раннем детском возрасте (скрининговая методика) // Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии: коллективная монография. Москва: Сам полиграфист, 2018. С. 212–221. ISBN 978-5-94051-150-2.
5. Иванов И.В., Козловская Г.В. Концептуальные идеи А.В. Снежневского и психопрофилактика в раннем детском возрасте // Психиатрия. 2014. № 3 (63). С. 18–20.
6. Иовчук Н.М. Современные проблемы диагностики в детской психиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2013. Т. 13. № 2. С. 30–45.
7. Костин И.А. Психологическое сопровождение взрослеющих людей с РАС // Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра: сборник материалов I Всероссийской научно-практической конференции 14–16 декабря 2016 г. Москва: ФГБОУ ВПО МГППУ, 2016. С. 187–195. ISBN 978-5-94051-154-2.
8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Москва: Academia, 2002. ISBN 5-7695-1013-7.
9. Макаров И.В., Автенок И.С. Диагностика детского аутизма: ошибки и трудности // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 8. № 3. С. 74–81.
10. Рева Г.В., Гульков А.Н., Биктулова А.В. и др. Патогенез когнитивных расстройств при аутизме // Современные проблемы науки и образования. 2020. № 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=29653> (дата обращения: 15.02.2021). DOI:10.17513/spno.29653
11. Симашкова Н.В. и др. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 288 с. ISBN 978-5-9704-3841-1.
12. Courchesne E., Pramparo T., Gazestani V.H. et al. The ASD Living Biology: from cell proliferation to clinical phenotype. *Molecular Psychiatry*, 2019, vol. 24, pp. 88–107. DOI:10.1038/s41380-018-0056-y
13. Harris J.S. Kanner L. and autism: a 75-year perspective. *International Review of Psychiatry*, 2018, vol. 30, no. 1, pp. 1–15. DOI:10.1080/09540261.2018.1455646
14. Schütz M., Ciaramidaro A., Martinelli A. et al. Communicative intentions in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2020, vol. 79, article no. 101666. DOI:10.1016/j.rasd.2020.101666
15. Singhai K., Nebhinani N., Suthar N., Jain S. Autism spectrum disorder and its differential diagnosis: A nosological update. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 2019, vol. 16, no. 1, pp. 86–101.

References

1. Dokukina T.V. (ed.) Autizm u detei (klinika, diagnostika, korrektsiya) [Autism in children (clinical picture, diagnosis, correction)]. Samara, 2019. 120 p.
2. Goryacheva T.G., Sultanova A.S. K teoreticheskomu obosnovaniyu sensomotornoj korrektsii pri dizontogeneze i razlichnykh patologicheskikh sostoyaniyakh u detei [On the theoretical substantiation of sensorimotor correction for dysontogenesis and various pathological conditions in children]. In Metodologicheskie i prikladnye problemy meditsinskoj psikhologii: kollektivnaya monografiya [Methodological and applicational problems of medical psychology: collective monography]. Moscow: Publ. Sam poligrafist, 2018. Pp. 177–188. ISBN 978-5-94051-150-2.
3. Dorokhov M.B. Neiropsikhologicheskaya model' formirovaniya autisticheskikh rasstrojstv i osobennosti ikh korrektsii [Neuropsychological model of autistic spectrum disorders and features of their psychotherapy]. *Nauchno-issledovatel'skie publikatsii [Journal of Scientific Research Publications]*, 2015, no. 5 (25), pp. 5–63.
4. Ivanov I.V., Simashkova N.V., Kozlovskaya G.V. Diagnostika narushenii psikhicheskogo razvitiya v rannem detskom vozraste (skrinirovaya metodika) [Diagnosing psychological development disorders in children in early age (screening method)]. In Metodologicheskie i prikladnye problemy meditsinskoj psikhologii: kollektivnaya monografiya [Methodological and applicational problems of medical psychology: collective monography]. Moscow: Publ. Sam poligrafist, 2018. Pp. 212–221. ISBN 978-5-94051-150-2.
5. Ivanov I.V., Kozlovskaya G.V. Kontseptual'nye idei A.V. Snezhnevskogo i psikhoprofilaktika v rannem detskom vozraste [A.V. Snezhnevskii's conceptual ideas and psychological prophylactic in children of early age]. *Psikhiatriya [Psychiatry]*, 2014, no. 3 (63), pp. 18–20.
6. Iovchuk N.M. Sovremennye problemy diagnostiki v detskoj psikhiiatrii [Current problems of diagnostics in child psychiatry]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov [Mental Health of Children and Adolescent]*, 2013, vol. 13, no. 2, pp. 30–45.
7. Kostin I.A. Psikhologicheskoe soprovozhdenie vzrosleyushchikh lyudei s RAS [Psychological support of growing young adults with ASD]. In Kompleksnoe soprovozhdenie detei s rasstrojstvami autisticheskogo spektra: sbornik materialov I Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii 14–16 dekabrya 2016 g. [Complex support for children with autism spectrum disorders: Proceedings of the national scientific and practical conference from December 14–16, 2016]. Moscow: Publ. Moscow State University of Psychology and Education, 2016. Pp. 187–195. ISBN 978-5-94051-154-2.

8. *Luriya A.R.* Osnovy neiropsikologii [Basics of neuropsychology]. Moscow: Publ. Academia, 2002. ISBN 5-7695-1013-7.
9. *Makarov I.V., Avtenok I.S.* Diagnostika detskogo autizma: oshibki i trudnosti [Diagnostics of autism in children: mistakes and difficulties]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya* [Social and clinical psychiatry], 2018, vol. 8, no. 3, pp. 74–81.
10. *Reva G.V., Gul'kov A.N., Biktulova A.V. et al.* Patogenez kognitivnykh rasstroystv pri autizme [Pathogenesis of cognitive disorders in autism]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education. Surgery], 2020, no. 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=29653> (Accessed 15.02.2021). DOI:10.17513/spno.29653
11. *Simashkova N.V., Klyushnik T.P. (eds.)* Kliniko-biologicheskie aspekty rasstroystv autisticheskogo spektra [Clinical and biological aspects of autism spectrum disorders]. Moscow: Publ. GEOTAR-Media, 2016. 288 p. ISBN 978-5-9704-3841-1.
12. *Courchesne E., Pramparo T., Gazestani V.H. et al.* The ASD Living Biology: from cell proliferation to clinical phenotype. *Molecular Psychiatry*, 2019, vol. 24, pp. 88–107. DOI:10.1038/s41380-018-0056-y
13. *Harris J.S., Kanner L.* and autism: a 75-year perspective. *International Review of Psychiatry*, 2018, vol. 30, no. 1, pp. 1–15. DOI:10.1080/09540261.2018.1455646
14. *Schütz M., Ciaramidaro A., Martinelli A. et al.* Communicative intentions in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2020, vol. 79, article no. 101666. DOI:10.1016/j.rasd.2020.101666
15. *Singhai K., Nebhinani N., Suthar N., Jain S.* Autism spectrum disorder and its differential diagnosis: A nosological update. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 2019, vol. 16, no. 1, pp. 86–101.

Информация об авторах

Татьяна Васильевна Докукина, доктор медицинских наук, доцент, врач-психиатр, заместитель директора по научной работе, Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Минск, Республика Беларусь, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7657-7496>, e-mail: polak0208@mail.ru

Осипчик Сергей Иванович, кандидат медицинских наук, заместитель директора по медицинской части (по психиатрии), Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Минск, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3784-4293>, e-mail: sergeio@mail.ru

Григорьева Наталья Константиновна, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии и медицинской психологии, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4892-6182>, e-mail: maryzhdan1991@gmail.com

Алько Татьяна Николаевна, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5352-8990>, e-mail: m_montage@tut.by

Ляпыш Ольга Михайловна, врач психиатр-нарколог, Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Минск, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6696-2494>, e-mail: o.lapysh@mail.ru

Трущенко Мария Николаевна, научный сотрудник, Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Минск, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5773-8899>, e-mail: marith@bk.ru

Information about the authors

Tatyana V. Dokukina, Doctor of Medicine, Associate Professor, Psychiatrist, Deputy Director for Research, State Institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health”, Minsk, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7657-7496>, e-mail: polak0208@mail.ru

Sergei I. Osipchik, PhD in Medicine, Deputy Director for Medicine (Psychiatry), State Institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health”. Minsk, Republic of Belarus. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3784-4293>, e-mail: sergeio@mail.ru

Natalia K. Grigorieva, PhD in Medicine, Associate Professor, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4892-6182>, e-mail: maryzhdan1991@gmail.com

Tatiana N. Alyko, Assistant of the Chair, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5352-8990>, e-mail: m_montage@tut.by

Olga M. Lapysh, Addiction Psychiatrist, State institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health”, Minsk, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6696-2494>, e-mail: o.lapysh@mail.ru

Maria N. Truschenko, Research Fellow, State Institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health”, Minsk, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5773-8899>, e-mail: marith@bk.ru

Получена 30.10.2020

Received 30.10.2020

Принята в печать 09.03.2021

Accepted 09.03.2021

Пятый ежегодный Всероссийский инклюзивный фестиваль #ЛюдиКакЛюди
прошел 1–3 апреля 2021 г. в регионах России

Ежегодный межрегиональный инклюзивный фестиваль «#ЛюдиКакЛюди» проводится в России с целью распространения информации об аутизме, поддержки и включения лиц с расстройствами аутистического спектра в социальную среду. В организации и проведении фестиваля участвуют государственные учреждения, в том числе ФРЦ МГППУ, общероссийские и региональные общественные организации, благотворительные фонды, представители бизнеса и СМИ.

В 2021 году фестиваль прошел в смешанном формате: работали как очные площадки, так и дистанционные в онлайн-режиме. В Москве 2 и 3 апреля был организован масштабный бесплатный онлайн-марафон #ЛюдиКакЛюди. В рамках обширнейшей программы фестиваля прошли и такие мероприятия как тематические показы и обсуждение фильмов фестиваля «Кино без барьеров» РООИ «Перспектива», и фотовыставки в трех московских парках «Один день из жизни ребенка с аутизмом» с участием фонда «Обнаженные сердца». На главной очной площадке фестиваля в ГМЗ «Царицыно», возглавляемом генеральным директором Елизаветой Фокиной, прошло награждение победителей ежегодного конкурса родительских инициатив им. Ольги Власовой «Личное дело». Премии родителям вручила исполнительный директор, член Совета РОО помощи детям с РАС «Контакт» Елена Багарадникова.

В этом году фестиваль #ЛюдиКакЛюди проведен в 42 регионах, 76 населенных пунктах, на 150 площадках (включая московские).

Сайт фестиваля <http://2april.ru>

IX Международная научно-практическая конференция «Аутизм. Вызовы и решения»
пройдет с 21 апреля по 23 мая 2021 г. в формате online-марафона

На предстоящей конференции участники узнают о результатах поисков биомаркеров аутизма, роли оси «кишечник-мозг», о связи между РАС и нейрометаболическими расстройствами, между РАС и материнской иммунной системой, о концепции нейроархеологии, о том, какие лекарства при лечении симптомов РАС имеют доказательную базу. Важные темы конференции — работа со сложным поведением, аспекты улучшения отношений между учениками и учителями, технологии сверстникового тьюторства, применение Денверской модели раннего вмешательства. Актуальная тема — влияние COVID-19 на мозг, в частности, на мозг аутичного человека.

Сопредседатель конференции Стивен Эдельсон (Stephen Edelson), директор Международного Института исследований аутизма (Autism Research Institute, ARI). Конференция посвящается памяти профессора А.Б. Полетаева.

Программа конференции доступна по ссылке <https://autismchallenge.ru/ixschedule>

*Регистрация на конференцию «Аутизм. Вызовы и решения» 2021 https://autismchallenge.ru/online-marathon_2021
Контакты orgkomiteta:conf@autismchallenge.ru*

Международная научно-практическая онлайн-конференция «Современные исследования синдромальной формы РАС: синдром умственной отсталости, сцепленной с ломкой хромосомой X (синдром Мартина-Белл, FXS)»
пройдет 19 мая 2021 г. в Москве

Организаторы конференции: Министерство просвещения Российской Федерации, Московский государственный психолого-педагогический университет, Федеральный ресурсный центр по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра (ФРЦ МГППУ).

Партнер конференции: Национальный фонд FXS (США).

Информационные партнеры конференции: Журнал «Аутизм и нарушения развития»

К участию в конференции приглашаются: специалисты системы здравоохранения и образования: врачи общей практики, врачи-генетики, психиатры, неврологи, психологи, логопеды, дефектологи; представители региональных ресурсных центров и общественных организаций, родители детей с синдромом FX и с РАС, студенты, аспиранты и исследователи.

Цель конференции — ознакомление с результатами современных нейробиологических, клинических и психологических исследований FXS и с современными подходами к выявлению, диагностике, терапии и оказанию помощи семьям, в которых воспитываются дети с FXS.

Ключевые темы конференции:

Современные научные представления о синдроме FX.

Диагностика и медикаментозное лечение синдрома FX.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с синдромом FX, роль государственных образовательных учреждений и родительских организаций.

Премутация гена FMR1 и профиль здоровья членов семей, воспитывающих ребенка с синдромом Мартина-Белл.

Предполагаемые дата и время проведения конференции: 19 мая 2021 года: 12:00 — 20:00 (по Московскому времени).

Формат работы: онлайн-трансляция на платформе *Mi-garolis*.

Формы участия в конференции:

- Публикация статей в журнале «Аутизм и нарушение развития»;
- Участие в качестве слушателя.

Участие во всех форматах конференции бесплатное.

Официальные языки конференции: английский, русский. Будет организован синхронный перевод.

Регистрация на мероприятие на сайте ФРЦ МГППУ по ссылке: <https://autism-frc.ru/work/events/1144>

На 1-й странице обложки – фото здания Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с РАС (Архитектурная мастерская А.А. Чернихова).

На 4-й странице обложки картинка ученика Бостон Хайэши Скул (Boston Higashi School, Boston, USA), предоставленная директором школы Деборой Донован (Deborah Donovan).

Дизайн и компьютерная верстка: Баскакова М.А.
Корректор: Мамонтов Ю.В.

Журнал «Аутизм и нарушения развития» зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-66995 от 30 августа 2016 г.

Журнал издается с марта 2003 г.
Периодичность – 4 номера в год, объем 72 с.

Уважаемые читатели!
Редакция напоминает о том, что журнал распространяется только по подписке через объединенный каталог «Пресса России»
Подписной индекс – 82287

Электронная версия журнала на портале психологических изданий МГППУ:
<http://psyjournals.ru/autism>
Страница журнала в Научной электронной библиотеке:
http://elibrary.ru/title_about.asp?id=28325

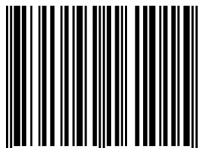
*При перепечатке
ссылка на журнал «Аутизм и нарушения развития»
обязательна.*

Адрес редакции: 127427, Москва, ул. Кашенкин Луг, д. 7.
Телефоны: +7 (495) 610-74-01
8-916-294-55-94
E-mail: autismjournal2003@gmail.com





ISSN 1994-1617



9 771994 161015