

# Аутизм и расстройства аутистического спектра: направления диагностики (Сообщение 1)

**Н.Ю. Калмыкова,**

Институт коррекционной педагогики РАО, Москва

**Ключевые слова:**

аутизм, расстройства аутистического спектра (РАС), скрининг, клиническая диагностика, оценка динамики развития, психолого-педагогическое тестирование.

В статье представлены основные направления диагностики при расстройствах аутистического спектра (РАС). Рассматриваются вопросы соотношения клинической диагностики и психолого-педагогической оценки развития при РАС; обсуждаются наиболее информативные тестовые методы, их достоинства и ограничения при диагностике развития детей с аутизмом.

## 1. Проблемы диагностики и оценки распространенности аутизма и РАС

В настоящее время диагнозы «аутизм» и «расстройство аутистического спектра» (РАС) становятся все более распространенными. Известно, что аутизм представляет собой сложное дезинтегративное нарушение психического развития, которое характеризуется выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями [10]. Диагноз «расстройство аутистического спектра», не имеющий пока четкого определения в медицинской классификации болезней, принятой на территории России\*, также предполагает у ребенка триаду проблем коммуникации, социальной адаптации и стереотипности поведения. По-видимому,

он охватывает более широкий круг нарушений, которые не совсем точно соответствуют определению аутизма или проявляются в сглаженных вариантах его клинической картины. Диагноз «детский аутизм», таким образом, становится частным случаем «расстройств аутистического спектра»\*\*.

Отсутствие четкого определения РАС и точных критериев дифференциации аутизма и РАС создают сложности как в понимании и диагностике данных нарушений, так и в представлении об их распространенности. Кроме того, оценка распространенности аутизма и РАС широко варьирует в зависимости от возраста обследованных детей и географического положения страны.

Современные эпидемиологиче-

\* Имеется в виду МКБ-10. В медицинской классификации, принятой в США (DSM-5), есть диагноз «расстройство аутистического спектра».

\*\* Например, О.С. Никольская по поводу соотношения понятий «аутизм» и «РАС» пишет: «Вокруг ядра классического синдрома, описанного Л. Каннером, группируются множественные случаи сходных нарушений в развитии» [4].

ские данные, как правило, оценивают распространенность аутизма, как 1–2 случая на 1000 детского населения, в то время как количество детей с РАС оценивается существенно выше: около 6 детей на 1000 [13].

Во многих исследованиях отмечается, что данные об увеличении распространенности аутизма связаны, главным образом, с изменением диагностических методов и паттернов, со степенью доступности медицинских услуг и информированием общественности, а также с возрастом на момент установления диагноза. Проведенное в 2007 г. исследование, моделировавшее заболеваемость аутизмом, показало, что расширение диагностических критериев, установление диагноза в более молодом возрасте и повышение эффективности выявления случаев заболевания могут привести к увеличению частоты постановки этого диагноза в диапазоне до 29-кратного в зависимости от частоты измерения [17]. Исследование 2008 г. показало, что значительное число (40 %) людей с диагнозом «нарушения практического использования речи», который они получили в детском возрасте в предыдущие десятилетия, теперь будут иметь диагноз «аутизм». В ходе исследования, проведенного в 2009 г. в Калифорнии, было обнаружено, что зарегистрированная заболеваемость аутизмом выросла с начала 1990-х гг. до 2007 г. в 7–8 раз, что, в том числе, объясняется изменениями диагностических критериев, а именно – включением более легких случаев и установлением диагноза в более раннем возрасте [12].

Помимо описанных сложностей есть существенные расхождения между медицинской и психолого-педагогической диагностикой аутизма,

что нередко приводит к противоположным мнениям врачей и специалистов образования о том, есть ли у ребенка данное нарушение.

## 2. Направления диагностики при аутизме и РАС

На наш взгляд, существует возможность выстраивания определенной диагностической логики, которая, хотя бы отчасти, поможет справиться с указанными проблемами.

1) Диагноз «аутизм», действительно, может быть поставлен только врачом-психиатром. Однако специалистам образования, социальным работникам, родителям должны быть доступны **скрининговые методы диагностики**.

Скрининговые тесты предполагают первичную экспресс-диагностику с опорой на основные индикаторы детского аутизма, чтобы определить наличие группы риска в общей популяции детей. Поскольку скрининг не используется для установления диагноза, его могут осуществлять педиатры, невропатологи, педагоги, психологи, медицинские сестры, сами родители. Среди скрининговых тестов, которые применяются для определения группы риска аутизма, наиболее распространенными являются M-CHAT, CARS, SQR, CASD, ASSQ. Их краткое сравнительное описание представлено в таблице.

Подчеркнем еще раз, что скрининговые тесты лишь помогают выявить вероятность аутистических нарушений, определить возможную принадлежность ребенка к группе риска по формированию РАС. Результаты скрининга могут дать повод для обращения к дифференциальной клинической и психолого-педагогической диагностике, но не могут ее заменить.

### **1) Две основные системы клинической диагностики аутизма и РАС**

Для постановки диагноза «детский аутизм» в нашей стране, так же как в большинстве европейских стран, в настоящее время применяется Международная Классификация Болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, Всемирная Организация Здравоохранения, 1994)\*. В США с этой целью используется Диагностико-Статистический Справочник по психическим расстройствам (DSM-V, Американская Ассоциация Психиатров, 2013). Две эти системы по своей ориентации являются феноменологическими, то есть ограничиваются перечислением клинических признаков нарушений, не рассматривая их этиологию или патогенез.

Описание поведенческих характеристик аутизма в этих двух системах почти идентично. Они основываются на триаде нарушений, сформулированной Лорной Винг (1979):

1) отсутствие или нарушение двухстороннего социального взаимодействия;

2) отсутствие или нарушение понимания и использования языка, невербального, так же как и вербального;

3) отсутствие или нарушение истинно гибкой творческой деятельности с заменой на узкий круг повторяющихся, стереотипных занятий [18].

Для того чтобы исключить или установить дополнительные факторы, влияющие на постановку диагноза «детский аутизм», врачом часто назначаются специальные лабораторные ис-

следования, включающие в себя проверку слуха и зрения, позволяющую исключить дефекты органов чувств, ЭКГ головного мозга, позволяющую обнаружить эпилептическую активность и оценить уровень зрелости и функциональной активности мозга, и другие.

В МКБ-10 расстройства аутистического спектра (РАС) введены в рубрику F84.00 «Общие расстройства психологического развития», и для диагностики РАС должно быть зафиксировано не менее 6 из перечисленных ниже симптомов (из них не менее двух признаков должны относиться к первой подгруппе и не менее одного – к остальным):

#### *1. Качественные нарушения социального взаимодействия:*

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

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

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

– неспособность, отсутствие или девиантный тип реагирования на чувства окружающих, нарушение модуляции поведения в соответствии с социальным контекстом или нестойкая интеграция социального, эмоционального и коммуникативного поведения;

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

#### *2. Качественные изменения коммуникации:*

– задержка или полная остановка в развитии разговорной речи, что не со-

\* В июне 2018 г опубликована МКБ-11, но необходимо время для ее перевода на русский язык, в связи с чем официальным диагностическим руководством в России пока что остается МКБ-10

проводятся компенсаторными мимикой, жестами как альтернативной формой общения;

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

– стереотипии в речи или неадек-

ватное использование слов и фраз, контуров – отсутствие символических игр в раннем возрасте, игр социального содержания.

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

– обращенность к одному или нескольким стереотипным интересам,

Таблица

№	Название скрининг-теста	Описание/адаптация/апробация	Области диагностических критериев	Возраст	Оценка результата (критерии)
1	М-CHAT-R (Модифицированный скрининговый тест на аутизм)	Начало использования опросника было положено в штатах Коннектикут и Нью-Йорк (США), в исследовании приняло участие 33 000 детей. Главной целью теста М-CHAT-R является только выявление риска наличия аутизма	1. Нарушения общения 2. Нарушения социального взаимодействия 3. Стереотипные формы поведения 4. Соматосенсорные нарушения	От 16 до 30 месяцев	Высокий риск Средний риск Низкий риск
2	CARS (Диагностическая шкала раннего детского аутизма)	Наиболее распространен в США. Тест базируется на клинических наблюдениях за поведением ребенка, включает 15 функциональных групп по 4 варианта ответа	1. Отношение к людям 2. Имитация 3. Эмоциональный ответ 4. Владение телом 5. Использование предметов 6. Адаптация к изменениям 7. Использование зрения 8. Использование слуха 9. Ответ и использование обоняния, осязания и вкуса 10. Нервозность и страхи 11. Вербальная коммуникация 12. Невербальная коммуникация 13. Уровень активности 14. Уровень и согласованность интеллектуального ответа 15. Общее впечатление	От 2-х до 4-х лет	Тяжелый аутизм Проявления аутизма от легкого до среднего Нет аутизма

№	Название скрининг-теста	Описание/адаптация/апробация	Области диагностических критериев	Возраст	Оценка результата (критерии)
3	CASD (Шкала Расстройств Аутистического Спектра)	CASD адаптирован и апробирован на 2469 детях с аутизмом, другими заболеваниями и исследуемых без нарушений развития. CASD охватывает 30 основных и сопутствующих симптомов аутизма и соответствует критериям DSM-V	1. Проблемы с социальным взаимодействием 2. Персеверация 3. Соматосенсорные нарушения 4. Атипичное общение и развитие 5. Расстройства настроения 6. Проблемы с вниманием и безопасностью	1–16 лет	Расстройства спектра аутизма  Другие заболевания  Типичное развитие
4	SQR (Социально-коммуникативный опросник)	SQR состоит из 40 пунктов и основан на диагностических критериях МКБ-10 и DSM-IV	1. Нарушения общения 2. Нарушения социального взаимодействия 3. Стереотипные и повторяющиеся формы поведения	Старше 4-х лет при условии, что уровень психического развития больше 2-х лет	Расстройства спектра аутизма Другие заболевания Типичное развитие
5	ASSQ	Используется для обнаружения признаков аутизма. На вопросы могут ответить родители или сам испытуемый для самодиагностики	1. Общение со сверстниками 2. Поведение 3. Игры	От 6 до 16 лет	Повышенная вероятность аутизма Есть вероятность аутизма Отсутствие аутизма

аномальным по содержанию, фиксация на неспецифических, нефункциональных поведенческих формах или ритуальных действиях, стереотипные движения в верхних конечностях или сложные движения всем телом;

– преимущественная занятость отдельными объектами или нефункциональными элементами игрового материала.

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

5. *Манифестация симптомов до трехлетнего возраста.*

При диагностике аутистических расстройств (синдрома Каннера, детского психоза, атипичного детского

психоза, синдрома Аспергера, синдрома Ретта, умственной отсталости с чертами аутизма и др.) должны присутствовать перечисленные общие критерии расстройств психического развития, и, в то же время, каждая из выделенных подрубрик имеет свои особенности.

В DSM-5 (2013) аутистические расстройства обозначены как «расстройства аутистического спектра» («РАС») – 299 (F84.00). Уточняется, что проявления заболевания сильно различаются в зависимости от тяжести аутизма, уровня развития и хронологического возраста, и поэтому используется термин «спектр». Тяжесть состояния определяется ухудшением и ограничением социального взаимодействия, повторяющейся картиной

поведения. РАС в данной системе охватывают расстройства, ранее упомянутые как ранний детский аутизм, синдром Каннера, высокофункциональный аутизм, атипичный аутизм, детское дезинтегративное расстройство и расстройство Аспергера.

Перечисленные в классификационных системах критерии не могут охватить всех проявлений нарушения, что часто осложняет постановку диагноза. Кроме того, неточность клинической диагностики может быть вызвана индивидуальными различиями выраженности симптомов; более того, один и тот же ребенок может проявлять различную симптоматику в разных возрастах. Часто диагностика аутизма осложняется присутствием симптомов других нарушений.

В связи с этим встает вопрос о дополнительных диагностических методах, способных максимально полно оценить степень нарушений психического развития при аутизме, особенности развития аутичного ребенка, и выбрать соответствующие методы психолого-педагогической коррекции.

## **2) Психолого-педагогическая диагностика и оценка динамики развития аутичного ребенка**

Наибольшие сложности возникают в связи с психолого-педагогической диагностикой и оценкой развития детей с РАС, которая одновременно является очевидным ориентиром в построении программ психолого-педагогической работы и в оценке эффективности оказанной коррекционной помощи.

Во-первых, диагностика детского развития и оценка достижений ребенка могут существенно различаться в разных странах в связи с тем, что имеют различные теоретические основания в зависимости от наиболее развитых в стране психологических

школ и традиций воспитания и обучения детей. Так, например, диагностика в русле психологии развития будет существенно отличаться от той, которая задается рамками поведенческого подхода, основанного на скиннеровском бихевиоризме, и нацелена, в основном, на оценку сформированности функциональных навыков.

Во-вторых, сложность объективной оценки достижений ребенка с РАС определяется спецификой аутистического расстройства, так как в новых, непривычных условиях дети с аутизмом могут не продемонстрировать тех способностей и умений, которыми пользуются в привычной обстановке. Часто оценка интеллектуального уровня ребенка с РАС осложняется невозможностью или особой сложностью организации его произвольного внимания и поведения.

В-третьих, если для проведения скрининга не требуются специальные навыки, то для проведения психолого-педагогической диагностики требуются дополнительные клинические знания и умения со стороны специалиста, проводящего диагностику.

Диагностика развития аутичного ребенка отличается от скрининговых тестов тем, что опирается на основные маркеры и этапы детского развития. Кроме того, существенное значение имеет сбор психодиагностической информации о развитии ребенка и разностороннее обследование с применением ряда методик, тестов, заданий, в том числе использование метода наблюдения в условиях учебно-воспитательного или лечебного учреждения.

В-четвертых, диагноз «расстройство аутистического спектра» распространяется на обширную категорию детей, крайне разнообразную как по

выраженности и качеству аутистических проявлений, так и по возможностям развития. Диагностика развития аутичного ребенка не может не учитывать тот факт, что целый ряд феноменов, которые для одного ребенка являются показателями положительной динамики развития, для другого будут свидетельствами регресса\*.

Поэтому необходимым ориентиром в диагностике развития при РАС нам видится не только представление о нормальном онтогенезе, но и типологизация детей с аутизмом, которая дает различные «ступени», определенные точки отсчета внутри огромного континуума вариантов данного расстройства.

Принимая во внимание все перечисленные сложности, мы остановимся подробнее на некоторых диагностических методах, специально разработанных для детей с РАС. Рассмотрим эти методы более детально с точки зрения плюсов и минусов их использования для оценки развития аутичного ребенка.

К наиболее полным и информативным диагностическим методам, используемых при аутизме, можно отнести Шкалу адаптивного поведения Вайнленд (VABS), Шкалу наблюдения для Диагностики Аутизма (ADOS) и Интервью при диагностике аутизма (ADI-R), которые предназначены для совместного использования, а также Психолого-образовательный профиль (PEP-тест).

\* Так, например, появление заметной чувствительности и осторожности у ребенка, который исходно не имел «чувства края», является очевидным шагом вперед, в то время как те же признаки у ребенка, имевшего адекватное чувство опасности, свидетельствуют об ухудшении его психического состояния.

### **VABS – Шкала адаптивного поведения Вайнленд.**

Данная шкала является одной из наиболее распространенных западных методик, используемых в США, применяется с 1984 г., оценивает уровень развития адаптивного поведения ребенка, а также используется для планирования психокоррекционных мероприятий и мониторинга их эффективности.

Шкала Вайнленд основана на исследовании большой статистически значимой выборки (около 3000 человек), на которой проводилась стандартизация данной методики, поэтому имеет высокие показатели надежности, валидности и достоверности получаемых данных.

В VABS термин «адаптивное поведение» понимается как ежедневная деятельность индивида, обеспечивающая взаимодействие с другими и возможность заботиться о себе. При нормальном онтогенезе с возрастом у ребенка изменяется адаптивное поведение, в частности уменьшается зависимость от ближайшего окружения и помощи близких. Кроме того, каждому возрастному периоду соответствуют определенные навыки, важные для адаптации в семье, школе, детском саду, и в целом, в социуме. В связи с этим в шкале оцениваются четыре основные сферы жизнедеятельности, каждая из которых состоит из нескольких субшкал, в соответствии с которыми оцениваются приобретенные навыки, соответствующие определенному возрастному периоду.

Кроме того, VABS оценивает проявления дезадаптивного поведения, которые представлены в виде *Шкалы Дезадаптации*, состоящей из описания поведенческих паттернов, которые доставляют неудобства либо самому ребенку, либо окружающим (например,

Таблица

№	Шкалы	Субшкалы (навыки)
1	Коммуникация	– рецептивные; – экспрессивные; – письменные
2	Повседневные житейские навыки	– личные; – домашние; – общественные
3	Социализация	– межличностное взаимодействие; – игра, времяпрепровождение; – навыки сотрудничества
4	Моторные навыки	– крупная моторика; – мелкая моторика

сосет большой палец, избегает смотреть в глаза, умышленно портит чужое имущество).

Шкала Вайнленд используется для обследования людей от 0 до 18 лет 11 мес. с различным уровнем развития и представляет собой полуструктурированное интервью, где на вопросы интервьюера отвечают эксперты – родители ребенка или близкие значимые люди (те, кто о нем заботится и проводит с ним много времени).

Интервью начинается с вопросов, соответствующих календарному возрасту ребенка. Затем осуществляется обследование навыков, характерных для детей более младшего и более старшего возраста. Каждый вопрос оценивается по трехбалльной шкале (от 0 до 2-х баллов):

*2 балла* – действие совершается регулярно и успешно в повседневных ситуациях или в прошлом ребенок выполнял это действие успешно, но сейчас «перерос» и в его выполнении уже нет потребности;

*1 балл* – данное умение начинает появляться у ребенка или действие выполняется успешно, но не регулярно; а также, когда ребенок выполняет

действие неполностью (для некоторых вопросов оценка в 1 балл неприменима, например, при оценке навыков письма или умения соблюдать общепринятые правила);

*0 баллов* – ребенок очень редко или никогда не выполняет то или иное действие.

После оценки всех умений по Шкале адаптивного поведения ведутся подсчет и обработка результатов. Для подсчета «сырых» баллов суммируются все баллы по каждой субшкале. На основании этих данных выявляется уровень сформированности навыков в каждой сфере и определяется «возрастной эквивалент», т. е. соответствие развития ребенка усредненным показателям возрастной нормы.

Затем осуществляется перевод «сырых» баллов в стандартные с помощью таблицы перевода баллов. Суммирование стандартных баллов позволяет оценить общий уровень адаптации ребенка. Результаты обследования отображаются графически в виде профиля развития ребенка, позволяющего сравнить полученные результаты с показателями среднестатистической возрастной нормы.

Уровень адаптивного поведения характеризуется как *высокий, умеренно высокий, нормативный, умеренно низкий или низкий*. В той же форме оценивается и каждая из сфер, выделяются наиболее сильные и слабые области адаптивного поведения. Уровень дезадаптивного поведения ребенка определяется как *значительный, средний или незначительный*.

Таким образом, в процессе обследования с помощью VABS выявляются умения и навыки, которые либо уже сформированы у ребенка, либо формируются, либо отсутствуют. Кроме того, анализ адаптивного



профиля ребенка позволяет спланировать конкретные пути повышения адаптации ребенка путем развития у него соответствующих адаптивных навыков.

### Литература

1. *Майес С.Д.*, CASD. Опросник расстройств аутистического спектра / пер. с англ. Е. Литвиненко: Western Psychological Services; Giunti O.S., 2015.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб., 1994.
3. *Мещерякова Б.Г., Зинченко В.П.* Большой психологический словарь / под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. М., 2003.
4. *Никольская О.С.* Развитие клинико-психологических представлений о детском аутизме // Альманах Института коррекционной педагогики РАО (электронное издание). 2014. № 18.
5. *Раттер М., Бэйли Э., Лорд К., SCQ.* Социально-коммуникативный опросник: руководство / пер. на русский язык и адаптация А. Моховикова, О. Донец, Е. Давыдовой, А. Сорокина: Western Psychological Services; Giunti O.S., 2014.
6. *Сайфутдинова Л.Р.* Использование шкалы Вайнленд при диагностике больных аутизмом и синдромом Аспергера (по материалам зарубежной печати) // Аутизм и нарушения развития. № 2. 2003.
7. *Сайфутдинова Л.Р., Сударикова М.А.* Оценка уровня развития адаптации ребенка с помощью шкалы Вайнленд // Школа здоровья. №1. 2004.
8. *Симашкова Н.В., Макушкин Е.В.* Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение. Клинические рекомендации (протокол лечения). Российское общество психиатров // psychiatr.ru, 2015.
9. *Сорокин А.Б., Зотова М.А., Коровина М.Ю.* Скрининговые методы для выявления целевой группы «спектр аутизма» педагогами и психологами // Психологическая наука и образование. Т. 21. № 3. 2016.
10. *Филиппова Н.В., Барыльщик Ю.Б.* Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 24. № 3. 2014.
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.
12. *Hertz-Picciotto I., Delwiche L.* The rise in autism and the role of age at diagnosis. Epidemiology. 2009. Vol. 20, № 1.
13. *Newschaffer C.J., Croen L.A., Daniels J.* et al., The epidemiology of autism spectrum disorders. Ann. Rev. Public Health. 2007. Vol. 28.
14. *Robins D.L., Fein D., Barton M.* The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT); Robins, Fein, & Barton, 1999.
15. *Schopler E., Reichler R.J., Renner B.R.* The Children Autism Rating Scale (CARS). Los Angeles, CA: Western Psychological Services, 1988.
16. *Schopler, E., Reichler, R. J., Lansing.* M.: Strategien der Entwicklungsforderung fur Eitern, Padagogen und The-rapeuten. Verlag Modernes Lernen, Dortmund, 1983.
17. *Wazana A., Bresnahan M., Kline J.* The autism epidemic: fact or artifact? J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 2007. Vol. 46, № 6.
18. *Wing L.* Asperger syndrome: a clinical account. Lorna Wing, from the MRC Social Psychiatry Unit, Institute of Psychiatry, London, 1981.