

СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕЙТИНГОВОЙ ШКАЛЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

А. Ф. Шапошникова

Государственное образовательное учреждение «Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков», Москва

В настоящее время все более актуальной становится задача социальной адаптации детей, страдающих расстройствами аутистического спектра. Детей-аутистов, согласно мнению многих авторов, можно назвать детьми с «особыми образовательными потребностями», и именно их интеграция в систему образования связана с наибольшими трудностями [1, 2, 7, 8].

Аутичные дети настолько отличаются от обычных, что для педагога в их обучении практически нет «известных» и «стандартных» путей. «Аутисты» имеют, как правило, неравномерный уровень интеллектуальных достижений и сложности в поведении, что не «вписывается» в стандартную систему школьного обучения. Когда ребенок, страдающий аутизмом, попадает в школу, он сразу же вызывает по отношению к себе вполне закономерные претензии учителей:

- не может научиться соблюдать дисциплину, выполнять правила;
- успевает отлично по предмету, который вызывает особый интерес ребенка, а другие занятия может игнорировать или не справляться с ними;
- не может адаптироваться в коллективе, провоцирует конфликты среди детей.

Но наряду с вышеописанными трудностями, эти дети нередко обладают односторонней одаренностью и в ситуации, когда учебно-коррекционная помощь построена правильно, имеют шанс в будущем быть ценными членами общества. Для социальной реабилитации этой группы детей может стать эффективной активно внедряемая в последнее время модель инклюзивного (интегративного) образования [5].

Успешная интеграция детей-аутистов в школу предполагает соблюдение нескольких условий:

- аутистические проявления должны быть выявлены как можно раньше;
- необходима методика, позволяющая проводить мониторинг психического состояния этих детей в период обучения, чтобы вовремя оказывать им пси-

хологическую и медицинскую помощь, не «вырывая» их из школьной среды на длительный срок;

- педагоги инклюзивного образования должны обладать достаточным уровнем знаний о психопатологии, чтобы квалифицированно регулировать педагогический подход в отношении таких детей.

Одним из первых в сфере инклюзивного образования встает вопрос о диагностике состояния и методах оценки эффективности реабилитации детей, их адаптации к условиям инклюзии. Учитывая ряд обстоятельств, затрудняющих проведение психопатологического обследования детей с аутистическими проявлениями в необходимом объеме, так как потребуется массовый охват детского населения с целью первичной диагностики и мониторинга в процессе обучения, представляется целесообразным использование с этой целью стандартизированной шкалы. Применение шкалы позволит проводить обследование детей, страдающих расстройствами аутистического спектра, в процессе проведения реабилитационных мероприятий не только врачом-психиатром, но и специально обученным психологом, педагогом на уровне первичного звена медико-социальной помощи.

В последние годы активно разрабатываются стандартизированные методы диагностики и оценки расстройств аутистического спектра в виде оценочных шкал, дополняющих непосредственную клиническую оценку детей. Рядом авторов рекомендуются следующие методики: Childhood Autism Test (CHAT), Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R), Asperger Syndrome Diagnostic Scale (ASDS), The Childhood Autism Rating Scale (CARS) и другие [4, 6, 10].

Материал и методы исследования

Исследование проводилось среди детей, посещающих ГОУ Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков г.Москвы (ЦПМССДиП). По рейтинговой шкале для оценки детского аутизма (CARS) были обследованы 142

Таблица 1

Распределение детей по диагностическим группам и полу

Диагностическая группа	Общее количество детей	Мальчики	Девочки
F84.0 Детский аутизм	49	46	3
F84.1 Атипичный аутизм	36	29	7
F84.5 Синдром Аспергера	11	11	–
F84.8 Другое общее расстройство развития	16	11	5
F20.8 Детский тип шизофрении	13	12	1
F21 Шизотипическое расстройство	17	16	1
Итого:	142	125	17

ребенка 4–12 лет с расстройствами аутистического спектра (табл. 1).

Шкала CARS [11, 12] является широко используемой в США оценочной шкалой для определения выраженности аутистических проявлений у детей с 3 до 15 лет. Шкала включает в себя 15 позиций, описывающих все значимые для обследования области проявлений ребенка – «стремление к контакту с окружающими», «способность к подражанию», «особенности эмоциональных реакций», «моторика», «пользование игровыми и неигровыми предметами», «адаптация к переменам», «зрительные реакции», «слуховые реакции», «вкусная, обонятельная, тактильная реакции», «наличие страхов или тревожности», «особенности речи», «невербальное взаимодействие», «степень и продуктивность активности», «уровень и особенности развития интеллектуальной деятельности», «оценка общего впечатления клинициста». Во время тестирования поведение обследуемого сравнивается с нормальными возрастными показателями, и оцениваются все особенности поведения ребенка, выходящие за границы нормы. Тестирование можно проводить, учитывая любую информацию, отражающую психическое состояние пациента на текущий момент. Наряду с непосредственной оценкой поведе-

ния ребенка на приеме, можно пользоваться результатами обследования психолога, сведениями, полученными от родителей, наблюдениями педагогов.

Диагноз детям, принимавшим участие в исследовании, выставлялся по диагностическим критериям МКБ-10 на основании клинико-психопатологического обследования. Тестирование по шкале CARS проводилось врачами-психиатрами.

Исследование проходило в два этапа – проводилась диагностика с помощью шкалы, а затем – динамический контроль состояния детей.

Интерпретация данных, полученных при помощи оценочной шкалы

1. Этап первичной диагностики расстройств аутистического спектра. Тестирование с помощью шкалы CARS показало наличие умеренных и выраженных расстройств аутистического спектра у всех детей, квалифицируемых по МКБ-10 как детский аутизм – F84.0 (100% случаев в нашем исследовании).

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

При синдроме Аспергера шкала показывала наличие аутистических расстройств в 6 случаях из 11-ти (55% детей), причем ни один из них не достигал критерия «выраженный аутист».

В диагностической группе F84.8 – другое общее расстройство развития (асинхрония развития без наличия всех облигатных диагностических признаков аутизма) – шкала выявляла наличие аутизма в половине случаев.

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

На последнем месте по степени выявления аутистического симптомокомплекса – состояние, которое по МКБ-10 квалифицируется как F21 – шизотипическое расстройство. В этой диагностической группе признаки аутизма шкала выделяла в 6 случаях из 17-ти (35% детей). Представленные результаты суммированы в табл. 2.

Таблица 2

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

Диагностическая группа	Общее количество детей	«Не аутист» (15–29,5 баллов) по CARS	«Умеренный аутист» (30–36,5 баллов) по CARS	«Выраженный аутист» (37–60 баллов) по CARS
F84.0 Детский аутизм	49	0	16	33
F84.1 Атипичный аутизм	36	3	19	14
F84.5 Синдром Аспергера	11	5	6	0
F84.8 Другое общее расстройство развития	16	8	7	1
F20.8x3 Детский тип шизофрении	13	8	3	2
F21 Шизотипическое расстройство	17	11	5	1
Итого:	142	35	56	51

Таким образом, шкала CARS показала себя эффективным инструментом в выявлении синдрома аутизма. При психопатологических состояниях и заболеваниях, предполагающих в своей структуре наличие аутистического симптомокомплекса, но не являющихся классическим аутизмом – таких как детская шизофрения, шизотипическое расстройство, общее расстройство развития – шкала способна оценивать степень выраженности проявлений аутизма, что немаловажно для оценки эффективности и определения направлений лечебно-коррекционной работы с ребенком.

2. *Этап динамического контроля.* В процессе настоящего исследования проводилось наблюдение за динамикой состояния 64 детей, страдающих аутизмом, обучающихся в школе ЦПМССДиП, с помощью шкалы CARS. Состояние детей тестировалось с интервалом в 4–12 месяцев. Дети, за которыми велось наблюдение, получали педагогическую, психологическую, логопедическую коррекцию, а также медикаментозное лечение.

С помощью шкалы выявлялись те сферы жизнедеятельности ребенка, которые «поддавались» терапевтическому и коррекционному влиянию, так как отчетливо была видна положительная динамика (в балльной оценке). Также фиксировались проявления ребенка, сохраняющие патологическую форму – то есть предположительно требующие иного или более интенсивного лечебно-коррекционного воздействия. Было установлено, что повторные исследования целесообразно проводить с интервалом не менее, чем 1 раз в 6 месяцев.

В качестве клинической иллюстрации приводятся два примера динамического контроля психического состояния детей, страдающих аутизмом, с анализом динамики по шкале CARS.

Клиническая иллюстрация 1. Николай О. 21.06.2000 г.р. Наблюдается в ЦПМССДиП с апреля 2005 года врачом-психиатром, с 2007 года обучается в школе Центра. Диагноз: F84.1 Атипичный аутизм.

Первичное обращение в Центр связано с жалобами на расторможенность, непослушание, неусидчивость. Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й бе-

ременности, протекавшей нормально, первых, самостоятельных родов со слабостью родовой деятельности, родился с обвитием пуповины, оценка по шкале Апгар – 8/8 баллов. Синдактилия 1–2 пальцев стоп. Моторное развитие с небольшой задержкой, навыками самообслуживания овладевал с трудом, а в речевом развитии мальчик опережал сверстников, к 1,5 годам знал буквы, с 3,5 лет начал читать. Мать утверждает, что состояние ребенка показалось ей «странным» с 3,5–4 лет, когда стал расторможенным, непослушным, создавалось впечатление, что ребенок не слышит обращенную речь, стал мало использовать собственную речь для общения, появились однообразные стереотипные игры, стал стремиться к одному и тому же порядку в быту, появилась избирательность в еде. В детском саду адаптироваться не смог. В 4 года был выставлен диагноз: «Атипичный аутизм» и назначена терапия нейролептиками.

При первичном осмотре в психическом статусе на первом плане были выраженные коммуникативные нарушения. Поведение можно было охарактеризовать как полевое, отмечались моторные стереотипии, а также своеобразные, односторонние интересы, своеобразные игры (без участия других людей, с выдуманными персонажами). Оценить интеллект не представлялось возможным из-за трудностей контакта с ребенком. Ребенок постоянно получал медикаментозную терапию: нейролептики, ноотропные препараты, витамины. Занимался на дому с психологом. Динамику состояния можно расценить как положительную – ребенок стал более упорядочен в поведении, при психологическом обследовании был выявлен сохранный интеллект при неравномерности достижений, лучше вступал в контакт, начал играть с младшим братом и знакомыми детьми. С сентября 2007 года ребенок начал учиться в малокомплектном классе школы Центра, смог адаптироваться к требованиям дисциплины, успешен в учебной деятельности. При этом сохраняется формальность контактов, нет стремления к общению со сверстниками, интересы односторонние, недостаточно понимание социального подтекста ситуаций.

Таблица 3

Протокол динамического наблюдения по шкале CARS

№	Дата исследования по CARS	Возраст ребенка на момент обследования	Общий балл по CARS	Характер медикаментозной терапии	Характер коррекционной помощи
1	25.04.2005	4 года 9 мес.	41	Нейролептики, ноотропные препараты, витамины	нет
2	26.08.2005	5 лет 2 мес.	37,5		
3	02.12.2005	5 лет 4 мес.	34	Нейролептики, ноотропные препараты, витамины	Психологическая коррекция
4	26.05.2006	5 лет 11 мес.	32,5		
5	19.01.2007	6 лет 5 мес.	33		
6	12.10.2007	7 лет 3 мес.	30	Нет	Обучение в школе Центра, психологическая, нейропсихологическая коррекция

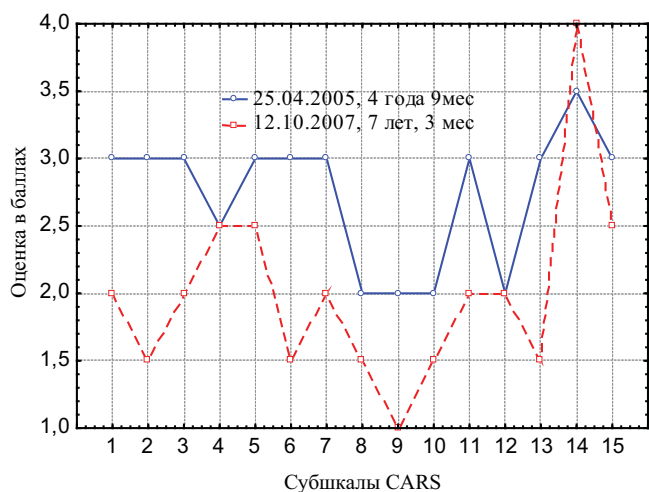


Рис. 1. Общий динамический профиль оценки по субшкалам CARS

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

Для сравнения показано состояние ребенка на момент первого обследования и его состояние на момент последнего обследования. График показывает, что наибольшего эффекта (снижения показателей до слабо-патологического или до варианта нормы) удалось достичь в сферах проявлений ребенка, описываемых субшкалами: 1 – «возможность контакта с окружающими», 2 – «способность к подражанию», 3 – «особенности эмоциональных реакций», 6 – «адаптация к переменам», 7 – «зрительные реакции», 9 – «вкусосая, обонятельная, тактильная реакции», 11 – «особенности речи», 13 – «степень активности».

При более детальном рассмотрении динамических профилей CARS, выяснилось, что в некоторых сферах проявлений («эмоциональные реакции» и «адаптация к переменам») наиболее заметные положительные изменения в состоянии ребенка совпали по времени с его помещением в школу Центра. Такая динамика позволяет говорить о том, что на данном этапе положительное действие оказала психолого-педагогическая коррекция, которую он начал интенсивно получать в условиях школы.

Отрицательная динамика прослеживалась по субшкале 14 – «уровень и особенности развития интеллектуальной деятельности». В процессе наблюдения за ребенком, когда постепенно устанавливался контакт с ним, появилась возможность оценить его интеллектуальный уровень и в последнее время (это особенно ярко выявилося в школе) стала заметна выраженная неравномерность интеллектуальных достижений.

Положительной динамики не отмечено к моменту последнего наблюдения по субшкалам 4 – «особенности моторики» и 12 – «невербальное взаимодействие».

Удалось добиться слабого улучшения (не более 0,5 балла) по субшкалам: 5 – «предметная деятельность» (пользование игровыми и неигровыми

ми предметами). Игры мальчика остаются своеобразными, уединенными, есть упорная склонность к стереотипным видам деятельности; 8 – «слуховые реакции». Патологические изменения в области слуховых реакций изначально достигали лишь слабо-патологического уровня и за 2,5 года наблюдения нивелировались до варианта нормы: 10 – «наличие страхов или тревожности». Данного ребенка отличало не столько наличие страхов, сколько, наоборот, ослабление чувства самосохранения, и состояние долго оставалось без изменений, а положительная динамика совпала с началом посещения школы Центра – стал более осторожным.

Таким образом, в результате анализа динамики состояния данного ребенка видно, что максимального успеха удалось добиться, когда мальчик был включен в небольшой коллектив детей, активно начала проводиться коррекционная работа. Наибольшая концентрация положительных изменений наблюдалась по субшкалам: 2 – «способность к подражанию», 6 – «адаптация к переменам» и 13 – «степень активности». Требуется дальнейшая работа над речью ребенка и его коммуникативными навыками, развитие произвольности и внимания, моторная коррекция.

Клиническая иллюстрация 2. Сергей П. 15.08.1995 г.р. находился под наблюдением врача-психиатра Центра с сентября 2004 года с диагнозом: F84.1 Атипичный аутизм. Обучался в школе Центра.

Обратились с жалобами на отсутствие контакта с детьми, не реагирует на обращенную речь, боится собак, темноты, не отпускает от себя мать.

Из анамнеза: ребенок от 2-й беременности (1-ая – м/а), протекавшей нормально, роды в срок, самостоятельные. Родился в асфиксии, закричал не сразу, после реанимационных мероприятий. Развивался нормально по возрасту до 3 лет. В 3 года ребенок внезапно изменился – появились страхи, не отпускал от себя мать, перестал играть с другими детьми, стал стремиться к одиночной, своеобразной игре – постукиванию бытовыми предметами, проделыванию дырок в стене с помощью найденных гвоздей, появился бег по кругу. Речевое развитие приостановилось, перестал выполнять бытовые просьбы. В детском саду адаптироваться не смог. Наблюдался неврологом, получал ноотропную терапию – без эффекта.

В психическом статусе при первичном обращении на первом плане полевое поведение, отгороженность, двигательные стереотипии в виде потряхивания кистями рук. Речь преимущественно носит автономный характер. Также обращает на себя внимание наличие стереотипных, полностью поглощающих ребенка игр – в течение последних месяцев говорит только о транспорте, воображает себя троллейбусом. К целенаправленной деятельности привлекается на короткое время. Отмечается неравномерность развития – умея считать, владея арифметическими опера-

Протокол динамического наблюдения по шкале CARS

№	Дата исследования по CARS	Возраст ребенка на момент обследования	Общий балл по CARS	Характер медикаментозной терапии	Характер коррекционной помощи
1	21.01.2005	9 лет 6 мес.	37,5	Ноотропная и фито-терапия	Логопедическая, педагогическая, психологическая коррекция
2	09.09.2005	10 лет 1 мес.	32	Нейролептики	
3	05.12.2005	10 лет 4 мес.	34,5	Ноотропная и фито-терапия	Логопедическая, педагогическая, психологическая, нейропсихологическая коррекция
4	21.04.2006	10 лет 8 мес.	32,5	Нейролептики	
5	26.09.2006	11 лет 1 мес.	32	Нейролептики	Логопедическая, педагогическая, психологическая, нейропсихологическая коррекция, индивидуальная психотерапия
6	01.12.2006	11 лет 4 мес.	34	Ноотропная и фито-терапия	

циями в пределах 10-ти, зная буквы, ориентируясь по часам, ребенок не понимает смысла простых сюжетных картинок. Имеют место страхи – боится собак, темноты, боится, что потеряет мать.

Динамика состояния: состояние оставалось нестабильным, контакт с детьми – крайне слабым, поведение – обособленным, а учебная продуктивность – низкой. Учился по программе коррекционно-развивающего обучения (КРО), в индивидуальном режиме и успевал слабо. В феврале 2005 года начал получать нейролептики. Состояние улучшилось – охваченность стереотипными играми стала меньше, улучшился контакт, ребенок стал продуктивнее в учебе и с сентября 2005 года был помещен в класс, где достаточно успешно удерживался до декабря. В декабре 2005 года, когда мать отказалась от терапии нейролептиками, возросла отгороженность, снизилась учебная продуктивность, поведение стало неадекватным – на уроках пел, ходил по классу. После возврата прежней терапии состояние вновь улучшилось, а с декабря 2006 года выявилась отрицательная динамика, так как мать опять перестала давать нейролептики.

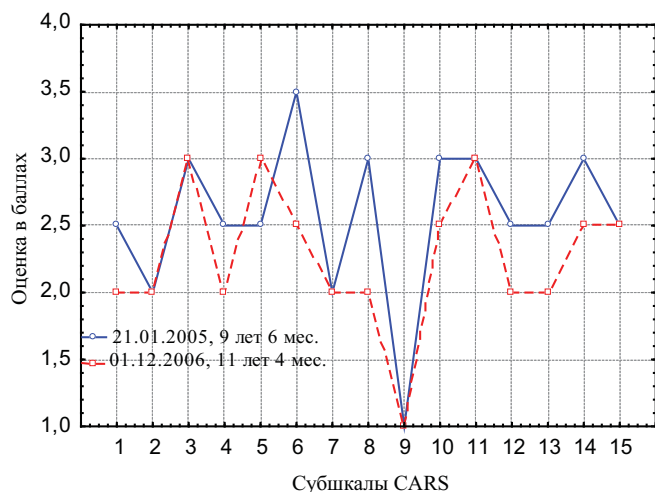


Рис. 2. Общий динамический профиль оценки по субшкалам CARS

На рис. 2 представлена графическая оценка динамики состояния ребенка, отраженная в показателях по субшкалам CARS.

Для сравнения показано состояние ребенка на момент первого обследования и его состояние на момент последнего обследования. График наглядно показывает, что наибольшего эффекта удалось достичь в сферах проявлений ребенка, соответствующих субшкалам: 6 – «адаптация к переменам», мальчик стал проявлять меньше тревожности при изменении привычного уклада жизни, появилась возможность переключать внимание ребенка с одного вида деятельности на другой; 8 – «слуховые реакции» – мальчик перестал резко реагировать на некоторые нейтральные звуки (закрывать уши).

Динамики в состоянии не отмечено по субшкалам: 2 – «способность к подражанию», 7 – «зрительные реакции» и 9 – «вкусовые, обонятельные, тактильные реакции».

Отрицательная динамика заметна по субшкале 5 – «предметная деятельность» (с 2,5 до 3 баллов) игры становились более однообразными, примитивными, не формировалась коммуникативная игра. Это ухудшение, которое затем так и не компенсировалось, было отчетливо связано с первым эпизодом отказа родителей от дачи ребенку нейролептических препаратов. По той же причине по субшкалам 3 – «эмоциональные реакции» и 11 – «речь» динамика состояния была волнообразной с возвратом к исходному состоянию на момент последнего обследования. Улучшение было крайне незначительным по субшкалам: 1 – «возможность контакта», 10 – «уровень страхов и тревожности», 13 – «степень активности», 14 – «уровень и структура интеллектуальных достижений». Повышение уровня тревожности, возврат страхов у ребенка мы увидели к моменту четвертого обследования (апрель 2006 г.), что обусловило рекомендацию – начать индивидуальную психотерапию, в результате чего наметилась и сохранялась положительная динамика.

Таким образом, анализ динамики состояния ребенка позволяет сделать вывод, что в данном случае значимое улучшение достигнуто лишь в двух областях жизнедеятельности ребенка – «адаптация к переменам» и «слуховые реакции». Заметно, что волнообразное изменение состояния было связано с приемом и отменой нейролептической терапии.

Заключение

Исследование показало эффективность скринингового метода диагностики и динамического контроля психического состояния детей в условиях образовательного учреждения с использованием шкалы детского аутизма CARS.

1. Шкальный метод оценки психического состояния детей доступен не только врачу-психиатру, но и психологу, педагогу.

2. Шкалы позволяют иметь стандартизованную оценку исходного психического состояния детей и объективно оценить динамику развития, эффективность

обучения, что позволяет вовремя корректировать педагогический подход, рекомендовать обращение к врачу для назначения медикаментозного лечения.

Выявились существенные недостатки методики.

1. Учитывая рекомендации для составления шкал и тестов [3, 9], можно отметить, что CARS не предполагает использование стандартного стимульного материала для исследования, поэтому оценка во многом субъективна и зависит от наблюдательности специалиста, который тестирует ребенка.

2. Шкала CARS в меньшей степени эффективна при оценке так называемых «высокофункциональных» расстройств аутистического спектра (предполагающих высокий интеллект), а именно эта группа детей в большей степени попадет в сферу инклюзивного образования.

Представляется целесообразным создание аналогичной шкалы для проведения стандартного скрининга, более адаптированной к условиям использования в России.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башина В.М. Аутизм в детстве. М.: Медицина, 1999. 240 с.
2. Башина В.М., Красноперова М.Г. Детский аутизм процессуального генеза: вопросы патогенеза, клиника и дифференциальная диагностика // Психиатрия и психофармакотерапия. 2004. Т. 6, № 1. С. 42–49.
3. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика. СПб.: Питер, 2002. 384 с.
4. Касаткин В.Н., Шапошникова А.Ф., Письменная Н.В. и соавт. Опыт применения стандартизованных диагностических оценочных шкал в комплексной программе лечебно-коррекционной помощи детям с расстройствами спектра аутизма // Сб. докл. гор. научно-практ. конф. «Детский аутизм: исследования и практика». М.: Образование и здоровье, 2008. С. 26–58.
5. Малофеев Н.Н. Западноевропейский опыт сопровождения учащихся с особыми образовательными потребностями в условиях интегрированного обучения // Дефектология. 2005. № 5. С. 3–18.
6. Марценковский И.А., Бикшаева Я.В., Дружинская А.В. Базовые принципы оказания медицинской помощи детям с общими нарушениями психического развития – расстройствами спектра аутизма // Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. 2007. № 2. С. 12–19.
7. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Теревинф, 2000. 336 с.
8. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук М., 2006. 44 с.
9. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Руководство для врачей и научных работников / Под ред. А.Н.Беловой, О.Н.Щепетовой. М.: Антидор, 2002. 448 с.
10. Baird G. et al. A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2000. Vol. 39. P. 694–702.
11. Schopler E., Reichler R., De Vellis R., Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) // J. Autism Devel. Dis. 1980. N 10. P. 91–103.
12. Schopler E., Reichler R.J., Renner B.R. Childhood Autism Rating Scale (CARS). Los Angeles, California: WPS, 1988. 34 p.

СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕЙТИНГОВОЙ ШКАЛЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

А. Ф. Шапошникова

Статья содержит материалы, описывающие опыт проведения скрининговой диагностики и динамического контроля детей, страдающих заболеваниями аутистического спектра, с использованием рейтинговой шкалы для оценки детского аутизма (The Childhood Autism Rating Scale – CARS), разработанной E.Schopler, R.J.Reichler и B.R.Renner, которая является широко используемой в США оценочной шкалой для определения выраженности аутистических проявлений у детей с 3 до 15 лет. Исследование обозначило эффективность шкального ме-

тода для диагностического отбора и контроля психического состояния детей в условиях образовательных учреждений, работающих в структуре инклюзивного образования. Выявленные недостатки используемой методики указывают на целесообразность создания аналогичной шкалы для проведения стандартного скрининга, более адаптированной к условиям использования в России.

Ключевые слова: детский аутизм, оценочная шкала, скрининг, инклюзивное образование.

DIAGNOSTIC SCREENING AND DYNAMIC GUIDANCE OF CHILDREN WITH AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS USING THE CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE

A. F. Shaposhnikova

This article describes the author's experience with using the Childhood Autism Rating Scale (CARS) developed by E. Schopler, R.J. Reichler and B.R. Renner for the purposes of diagnostic screening and dynamic guidance of children with autistic spectrum disorders. This assessment scale is widely used in the USA for measuring the severity of autistic symptoms in children from 3 to 15 years of age. This investigation points to efficacy

of using scales for screening and checking children's mental condition in educational facilities within 'inclusive' education system. The drawbacks of the scale used testify to importance of developing a similar scale for standard screening procedures but better fitting the Russian context.

Key words: child autism, assessment scale, screening, inclusive education.

Шапошникова Антонина Феликсовна – врач-психиатр, заместитель директора Государственного образовательного учреждения «Центр психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков», г.Москва, научный сотрудник лаборатории исследований трудностей обучения Института проблем интегративного (инклюзивного) образования, МГППУ; e-mail: shaposhnikovaa@mail.ru