

3. Інтелектуальні здібності дитини / [упоряд.: С. Максименко, К. Максименко, О. Главник]. – К.: Мікрос-СВС, 2003. – 96 с.
4. К о б и л ь ч е н к о В. В. Проблема супроводу в науковій та методичній психолого-педагогічній літературі / В. Кобильченко // Дефектологія. – 2010. – № 2. – С. 31–36.
5. Л о в и О. В., Б е л о п о л ь с к и й В. И. Зрительно-моторный Бендер гештальт-тест: [Руководство] / О. Лови, В. Белопольский. – М.: Когито-Центр, 2003 – 42 с.
6. М а м а й ч у к И. И. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития. Научно-практическое руководство / И. И. Мамайчук, М. Н. Ильина. – СПб: Речь, 2004. – 352 с.
7. Н и к о л ь с к а я О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М.: Тервинф, 2012.
8. О с т р о в с ь к а К. О. Соціальний супровід дітей з аутизмом під час навчання / К. О. Островська, Ю. В. Рибак, У. Р. Мельник, Є. В. Гук, А. Б. Заплатинська, О. Г. Ферт. – Львів: Тріада плюс, 2009. – 188 с.
9. О с у х о в а Н. Г. Психологическое сопровождение семьи и личности в кризисной ситуации / Н. Г. Осухова // Школьный психолог. – 2001. – № 31. – С. 1–16.
10. П о л і щ у к Ю. Поняття психологічного супроводу: змістовий аспект / Ю. Поліщук // Освіта і управління. – 2011. – № 4. – С. 111–115.
11. Р о м а н ч у к О. Розлади спектру аутизму в запитаннях та відповідях / О. Романчук. – Львів: Колесо, 2009. – 168 с.
12. С о к о л о в В. В. Сучасні тенденції психологічного супроводу діяльності реабілітаційних закладів освіти в країнах Західної Європи: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.08 / Соколов Валерій Валентинович. – К., 2009. – 20 с.
13. Т а р а с у н В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації аутичних дітей. Навчальний посібник для вищих навчальних закладів / В.Тарасун, Г. Хворова / [наук. ред. В. Тарасун]. – К., 2004. – 103 с.
14. Ш у л ь ж е н к о Д. І. Основи психологічної корекції аутистичних порушень у дітей: [монографія] / Д. І. Шultzенко. – К.: Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова, 2009. – 385 с.



*Надія КОГУТЯК*

## **ДОКАЗОВІ МЕТОДИ ВТРУЧАНЬ ДЛЯ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ: АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ НАСТАНОВ**

В Україні давно назріли зміни у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків. Психологічне здоров'я підростаючого покоління є одним з основних пріоритетів розвитку нашої держави. Такі зміни можливі лиш за умови впровадження надбань світової практики доказової медицини, затвердження та застосування уніфікованих клінічних протоколів.

На сьогоднішній день діючим документом є клінічний протокол МОЗ про порядок надання допомоги дітям із розладами спектра аутизму. У 2015 році закінчена робота над новою редакцією регуляторних документів з цих питань. Метою даного дослідження є аналіз основних положень щодо психодіагностичних та психотерапевтичних втручань для дітей з РАС, рекомендованих клінічними настановами.

Регулюючими документами щодо РАС є: Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної

(високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації (УКПМД) “Розлади аутистичного спектра (розлади загального розвитку)”, розроблений з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядає особливості проведення діагностики та лікування розладів аутистичного спектра (далі – РАС) в Україні з позиції забезпечення наступності видів медичної допомоги. УКПМД розроблений на основі адаптованих клінічних настанов “Аутизм у дітей” та “Аутизм у дорослих”, які ґрунтуються на принципах доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій, відображених в клінічних настановах (КН) – третинних джерелах, а саме:

1. NICE CG 128 – Autism: recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum (2011);
2. NICE CG 142 – Autism: recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism



spectrum (2012);

3. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder, the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (2014);

4. Diagnostic criteria for research. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, WHO, 1992.

Загалом для розробки клінічного протоколу надання спеціалізованої допомоги дітям з РАС було розглянуто 925 фахових статей з різних країн світу.

За прототип Адаптованої клінічної настанови “Аутизм у дітей” взято Клінічну настанову “NICE CG 128 – Autism: recognition, referral and diagnosis of children and young people on the autism spectrum” (2011) [1].

#### **Визначення понять**

*Клінічна настанова (Clinical practice guidelines)* документ, що містить систематизовані положення стосовно медичної та медико-соціальної допомоги, розроблені з використанням методології доказової медицини на основі підтвердження їх надійності та доведеності, і має на меті надання допомоги лікарю і пацієнту в прийнятті раціонального рішення в різних клінічних ситуаціях.

Термін *аутизм* означає “дитячий аутизм”, як це використовується в ICD-10 і “розлади аутизму”, як це використовується в DSM IV, а термін РАС (розлади аутистичного спектра) позначає всі діагнози в ICD-10/DSM-IV-TR категорії “порушення розвитку”. Термін “аутизм” включає в себе, у першу чергу, стан, що характеризується труднощами в соціальній взаємодії, соціальній комунікації та соціальному розумінні, разом з повторюваним вузьким способом мислення та дивною поведінкою.

#### **Дані щодо поширеності РАС**

Раніше аутизм вважався рідкісним порушенням розвитку, але нещодавні дослідження показали поширення захворювання. На сьогоднішній день близько 1% дітей мають розлади аутистичного спектра. Це призвело до зростання попиту на діагностичні послуги для дітей та молоді різного віку в системі охорони здоров'я.

Недавні дослідження показали, що приблизно 70% людей з РАС відповідали діагностичним критеріям принаймні ще одного (часто не виявленого) психічного розладу, який у подальшому може негативно позначитися на психосоціальному функціонуванні. Низький рівень інтелекту (коефіцієнт інтелекту [IQ] нижче 70) зустрічається приблизно у 50% молодих людей з аутизмом.

**Когнітивна специфіка РАС** порушення у виконавчому функціонуванні (наприклад, одночасна участь у кількох завданнях), слабка центральна когерентність (інтеграція інформації у важливе ціле), і дефіцити в моделі теорії-свідомості (уявлення про точку зору іншої людини).

#### **Первинна (скринінгова) діагностика РАС**

Використання наступних скринінгових методик є дуже важливим для ранньої діагностики аутизму:

- SCQ: Анкета з Соціальної Комунікації;
- M-CHAT: Модифікований Список Ознак Аутизму у Малюків;
- ABC-Teacher: Контрольний Список Ознак Поведінки Аутизму;
- ASSQ: Скринінгова анкета виявлення розладів аутистичного спектра;
- DBC-ES: Контрольний Список Ознак Розвитку Поведінки Раннє Відображення
- CASD: виявляє аутизм незалежно від розумового розвитку або ступеня прояву хвороби.

#### **Психологічна діагностика та створення профілю дитини з РАС**

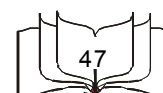
Метою діагностичної оцінки є встановлення віднесення проблем розвитку та поведінки дитини або молодої людини до аутизму чи до іншого діагнозу. Вона також призначена для створення профілю сильних сторін, навичок, порушень та потреб дитини чи молодої людини. Такий профіль може надавати інформацію для плану подальшого керування ними на основі потреб.

Оцінювання характеристик для створення профілю може включати:

- розумові задатки та спосіб пізнання;
- здатність до навчання;
- мову, розуміння мови і спілкування;
- тонку та грубу загальну моторику;
- адаптивну поведінку (включаючи навички самопомоги);
- навички соціалізації;
- психічне та емоційне здоров'я, включаючи самоповагу, фізичне здоров'я та харчування;
- підвищену або знижену сенсорну чутливість;
- поведінку, яка може вплинути на участь в одержанні життєвого досвіду, підтримку та вплив на майбутнє.

**Специфічні для аутизму засоби оцінки:** найбільш ефективно справляються із такими завданнями наступні психодіагностичні методи:

- діагностичне інтерв'ю для виявлення симптомів аутизму та Діагностичне інтерв'ю для виявлення симптомів аутизму – переглянуте (ADI/ADI-R);
- дослідницьке різнопланове діагностичне інтерв'ю (3di);
- діагностичне інтерв'ю для виявлення соціальних та комунікативних порушень (DISCO);
- протокол спостереження для діагностики аутизму (ADOS);
- Шкала Джильяма оцінки аутизму (GARS);
- напівструктуроване інтерв'ю, що дозволяє виявити рівень адаптивності поведінки у дитини, та її відповідність віку (Vineland-II);
- тести на визначення психологічного віку та психомоторного розвитку дитини (PEP-3; TAP, як частини програми TEACH);



• діагностика інтелекту (У дітей від 1 місяця до 6,5 років інтелект діагностується методикою М-Р-Р; у дітей від 2,6 до 7,7 років рекомендовано використовувати тест Векслера WPPSI, WPPSI-IV; для віку від 6 до 17 років WICS-IV).

Після завершення процесу діагностичної оцінки, після встановлення діагнозу аутизму, після складання профілю сильних та слабких сторін стану дитини або молодшої людини та пояснення подальшого лікування/догляду важливим кроком є вибір психосоціальних втручань. Було доказано, що структуровані освітні та поведінкові втручання були ефективними для багатьох дітей з РАС і пов'язані з кращими результатами.

#### **Доказові поведінкові втручання**

• Applied Behavioral Analysis (ABA, Прикладний Аналіз Поведінки) емпірично обґрунтована програма навчання. Неодноразово було доказано, що методи АВА ефективні для певної проблемної поведінки, і було встановлено, що методи АВА ефективні в застосуванні до академічних завдань, адаптивних навичок життя, комунікації, соціальних навичок і професійних навичок.

• Early Intensive Behavioral Intervention (Раннє Інтенсивне Поведінкове Втручання) – широко поширена комплексна програма АВА, дуже інтенсивна й індивідуалізована з прямим навчанням віч-на-віч упродовж 40 годин на тиждень, спочатку використовуючи дискретну спробу навчити простим навичкам, потім просунутися до більш складних навичок, таких як ініціювання мовної поведінки.

#### **Рекомендовані комунікаційні втручання**

Спілкування є одним з основних напрямів втручання і, як правило, повинно розглядатися в індивідуальному навчальному плані дитини в координації з логопедом. Дітям, які ще не розмовляють, можна допомогти через використання альтернативних методів комунікації, таких як мова жестів, комунікаційних дощок, наочних засобів, обміну малюнків та інших форм підсилення комунікації. Існують деякі докази ефективності Комунікаційної Системи Обміну Малюнків (PECS), мови жестів, розкладу діяльності і голосових засобів комунікації. В осіб з вільною мовою увага має бути приділена навчанням прагматичних мовних навичок. Діти і підлітки з вільною мовою, наприклад, можуть бути дуже балакучими, але мати важкі порушення навичок прагматичної мови, яких можна навчитися за допомогою чіткого навчання. Сьогодні є багато програм з підвищення соціального взаємообміну і прагматичних мовних навичок.

#### **Рекомендовані освітні втручання**

Існує консенсус щодо того, що діти з РАС потребують структурованого освітнього підходу з чітким навчанням. Програми, визнані ефективними, як правило, включають планове інтенсивне

індивідуалізоване втручання досвідченими мультидисциплінарними командами постачальників послуг, а також участь сім'ї для забезпечення узагальнення навичок. Навчальний план повинен відображати точну оцінку сили і вразливості дитини з чітким описом послуг, які повинні бути надані, цілей і завдань, а також процедур для моніторингу ефективності. Хоча використовуються різні навчальні програми, вони часто мають однакову мету підвищення вербальної і невербальної комунікації, академічних навичок і соціальних, рухових і поведінкових можливостей. У деяких випадках, особливо в дітей молодшого віку, може бути важливим компонент навчання батьків і компонент дому. Розробка відповідного індивідуалізованого навчального плану є центральною у забезпеченні ефективної послуги дитині і сім'ї. Ефективність була доведена для двох структурованих освітніх моделей: *Early Start Denver Model (ESDM)* і *Treatment and Education of Autism and related Communication handicapped Children program (TEACCH)*, але суттєві проблеми залишаються в поширенні знань для педагогів про такі методи.

#### **Інші втручання**

Існує недостатньо доказів щодо більшості інших форм психосоціального втручання, хоча когнітивно-поведінкова терапія (CBT) показала ефективність у лікуванні тривоги і керуванні гнівом при РАС у молоді з високим рівнем функціонування.

Дослідження сенсорно-орієнтованих втручань, таких як слухові інтеграційні навчання, сенсорна інтеграційна терапія, сенсорна терапія/масаж поки що мають недостатньо наукового обґрунтування ефективності. Існують також обмежені докази щодо розвиткових, соціально-прагматичних моделей втручання, таких як *Developmental-Individual Difference-Relationship Based/Floortime*, *Relationship Development Intervention*, *Social Communication Emotional Regulation and Transactional Support*, and *Play and Language for Autistic Youths*, які зазвичай використовують натуралістичні методи в середовищі проживання дитини для розвитку соціально-комунікативних здібностей.

#### **Рекомендації щодо втручань, відповідно до визначеного віку**

*Дитячий/дошкільний (3–6 років):* (втручання базуються на грі), керована участь “Роби–спостерігай–слухай–кажи”.

*Шкільний вік (6–12 років):* рекомендується використовувати соціальні оповідання, формування групи соціальних навичок, мережевої взаємодії з однолітками/колом друзів.

*Підлітки (12–16 років):* підтримка стосунків у мережі однолітків/колі друзів, використання візуальних графіків/вербальні репетиції, навчальні сценарії щодо групи соціальних навичок.



## ЛІТЕРАТУРА

1. Очерки детской психиатрии. Аутизм: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей / Под ред. главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности “детская психиатрия” И. А. Марценковского // НейроNEWS. – 2014. – 280 с.
2. Синописис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків [Synopsis diagnostic criteria for DSM-V and protocols for the diagnosis and treatment of mental disorders in children and adolescents] / [пер. з англ., упор. та наук. ред. Леся Піддесецька]; (Серія “Психологія. Психіатрія. Психотерапія”). – Львів: Видавництво Українського Католицького Університету, 2014. – 112 с.
3. Інтернет-ресурс. Режим доступу: <http://cwf.com.ua/images/stories/1079>.
4. Інтернет-ресурс. Режим доступу: <http://www.nice.org.uk/guidance/qs51/resources>
5. Інтернет-ресурс. Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1196-13>
6. Інтернет-ресурс. Режим доступу: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13572/56424/56424.pdf>

Додаток

### **Модифікований скринінговий тест на аутизм для дітей раннього віку M-CHAT *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)* (2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton)**

#### ДОЗВОЛИ НА ВИКОРИСТАННЯ

Даний модифікований скринінговий тест на виявлення аутизму у дітей раннього віку (M-CHAT; Robins, Fein, & Barton, 2009) є інструментом для опитування батьків щодо можливих проявів розладів спектру аутизму (РСА). Даний інструмент може вільно використовуватися у клінічних, дослідницьких чи освітніх цілях. Більш детальну інформацію та допоміжні матеріали можна знайти та вільно завантажити за допомогою наступної адреси <http://www.mchatscreen.com>

Методика є авторським інструментом і тому при її використанні рекомендується дотримуватися наступних вимог:

1. Жодні модифікації не можуть здійснюватися щодо інструкцій чи текстів інструменту без дозволу авторів.
2. M-CHAT повинен бути використаний цілісно, загалом. Практика показує, що окремі елементи не можуть відображати адекватно психометричні властивості.
3. Якщо ви займаєтесь приватною практикою у сфері охорони психічного здоров'я і хочете використати опитувальник ви можете це зробити.

#### ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ

M-CHAT може використовуватися фахівцями (медиками, психологами, педагогами тощо) для оцінки ризику розладів спектру аутизму (РСА). Проте, існує високий відсоток результатів, які у подальшій діагностиці не підтверджують розлади спектру аутизму. Для вирішення цієї проблеми методика містить додаткові запитання (другий етап). Отримавши і на них високі результати, ймовірність отримання помилкового результату зберігається, проте у такої дитини надалі виявляють інші розлади, як от затримка розвитку. Тому така оцінка за допомогою M-CHAT-R/F є виправданою для будь-якої дитини, зокрема, яка отримала високі результати за M-CHAT-R (перший етап, який можна виконати за 2 хвилини).

#### АЛГОРИТМ ОЦІНКИ

Для всіх запитань, за винятком номерів 2, 5, і 12, відповідь “НІ” вказує на РСА ризик; для пунктів 2, 5, і 12, відповідь “ТАК” вказує РСА ризик. Наступний алгоритм максимізує психометричні властивості M-CHAT-R:

*Низький рівень ризику:* загальна оцінка включає 0–2 бали. Якщо вік дитини становить менше ніж 24 місяці, то обстеження варто повторити після 2 річниці від дня народження дитини. Жодних додаткових дій не потрібно робити, якщо не виявлено показників ризику щодо РСА.

*Середній рівень ризику:* загальна оцінка коливається в межах 3–7 балів. Проведення спостереження (другий етап M-Chat-R / F) відбувається з метою отримання додаткових відповідей щодо ризиків виявлення РСА. Якщо на цьому другому етапі дитина отримує 2 або більше балів, то такий результат ризиків оцінюється позитивно. У такому випадку здійснюється поглиблена діагностика щодо особливостей раннього втручання. Якщо оцінка становить 0–1 бал, то результат оцінюється як негативний щодо ризику РСА, ніяких додаткових дій не потрібно. Дитину варто обстежити дещо пізніше.

*Високий рівень ризику:* підсумкова оцінка знаходиться в межах 8–20 балів. Такий результат свідчить про



необхідність звернення до спеціаліста і розробки програми раннього втручання.

### Опитувальник M-CHAT-R

Будьте ласкаві, дайте відповіді на запитання про Вашу дитину. Пригадайте, як Ваша дитина зазвичай поводить себе. Якщо Ви бачили, що дитина поводитись таким чином всього лиш декілька разів, але він чи вона не робить це здебільшого, будь ласка відповідайте “НІ”. Обведіть відповідь “ТАК” або “НІ” у кожному запитанні. Дякуємо.

1	Якщо ви вказуєте на щось в іншому кінці кімнати, чи дивиться Ваша дитина на це? (Наприклад, якщо Ви вказуєте на іграшку чи на тварину, чи Ваша дитина дивиться на цю іграшку або тварину?)	ТАК	НІ
2	Чи виникали у Вас сумніви, що Ваша дитина може бути глухою?	ТАК	НІ
3	Чи Ваша дитина грає у ігри “начебто”? (Наприклад, начебто п’є з порожньої чашки, або начебто розмовляє по телефону, начебто годує ляльку або м’яку іграшку?)	ТАК	НІ
4	Чи любить дитина підійматися, карабкатися по речах? (Наприклад, меблях, ігрових елементах чи сходах?)	ТАК	НІ
5	Чи робить дитина незвичні рухи пальцями біля своїх очей? (Наприклад, за допомогою пальців відкриває чи закриває свої очі?)	ТАК	НІ
6	Чи Ваша дитина вказує одним пальцем, запитуючи щось або просячи допомоги? (Наприклад, вказує на щось смачне чи на іграшку, які вона не може досягнути?)	ТАК	НІ
7	Чи Ваша дитина вказує одним пальцем на щось таке, що її зацікавило? (Наприклад, вказує на аероплан в небі, або на вантажівку на дорозі?)	ТАК	НІ
8	Чи цікавиться Ваша дитина іншими дітьми? (Наприклад, Ваша дитина дивиться на інших дітей, посміхається їм, або ж підходить до них?)	ТАК	НІ
9	Чи Ваша дитина приносить або показує Вам якісь речі, щоб Ви на них подивилися – не заради отримання допомоги, а щоб поділитися (Наприклад, показує Вам квітку, іграшку?)	ТАК	НІ
10	Чи Ваша дитина відгукується, коли Ви називаєте її ім’я? (Наприклад, вона шукає розмови, взаємодії, говорить чи лепече і припиняє це робити, коли Ви звернулись до неї )	ТАК	НІ
11	Якщо Ви посміхаєтесь до неї, вона посміхається навзаєм?	ТАК	НІ
12	Чи Ваша дитина засмучується через щоденні шуми? (Наприклад, Ваша дитина кричить чи плаче від шуму порохотяга чи голосної музики?)	ТАК	НІ
13	Ваша дитина ходить?	ТАК	НІ
14	Чи Ваша дитина дивиться Вам у очі, коли Ви говорите до неї, граєтесь із нею чи одягаєте її?	ТАК	НІ
15	Чи Ваша дитина намагається копіювати те, що Ви робите? (Наприклад, дає “па-па”, плескає в долоні, повторює за Вами смішні звуки)	ТАК	НІ
16	Якщо Ви повертаєте її голову, щоб показати щось, чи Ваша дитина оглядається довкола, щоб побачити, що саме Ви показуєте?	ТАК	НІ
17	Чи Ваша дитина змушує Вас дивитися на себе? (Наприклад, Ваша дитина дивиться на Вас, щоб Ви її похвалили, чи каже Вам “подивись на мене”)	ТАК	НІ
18	Чи розуміє Ваша дитина, коли Ви її про щось просите? (Наприклад, якщо Ви не показуючи просите “постав книгу на стілець” або “принеси мені ковдру”)	ТАК	НІ
19	Якщо трапляється щось нове, чи дивиться Ваша дитина Вам у обличчя, щоб побачити, як Ви до цього ставитесь? (Наприклад, якщо вона чує дивні або смішні звуки, чи	ТАК	НІ

