



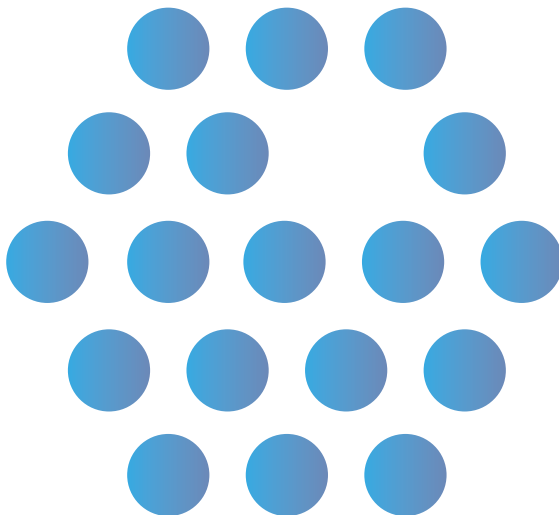
ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ



# ДИАГНОСТИКА И МОНИТОРИНГ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ 6–12 ЛЕТ ПО ШКАЛЕ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА (ШКОДА)



● ● ● Методические рекомендации № 62 ● ● ●



Москва 2020



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

**Согласовано**

Главный специалист  
Департамента здравоохранения  
города Москвы  
д.м.н., профессор Г.П. Костюк

« \_\_\_\_\_ » 2019 г.



**Рекомендовано**

Экспертным советом по  
науке Департамента  
здравоохранения города  
Москвы № \_\_\_\_\_

« 16 » октября 2019



**ДИАГНОСТИКА И МОНИТОРИНГ  
ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ  
ДЕТЕЙ 6–12 ЛЕТ ПО ШКАЛЕ  
КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ  
ДЕТСКОГО АУТИЗМА (ШКОДА)**

Методические рекомендации № 62



Москва 2020

УДК 159.9

ББК 88

Б 35

**Организация разработчик:**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы».

**Авторы:**

к.м.н. М.А. Бебчук, к.м.н. А.Ф. Шапошникова, к.м.н. А.Я. Басова.

**Рецензенты:**

**Ю.С. Шевченко** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии Российской медицинской академии непрерывного постдипломного образования Минздрава России.

**Л.С. Печникова** – к.психолог.н., доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова.

**Бебчук М.А., Шапошникова А.Ф., Басова А.Я.**

Б 35 Диагностика и мониторинг психического состояния детей 6–12 лет по шкале количественной оценки детского аутизма (ШКОДА). Методические рекомендации / ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ». – М.: ДПК Пресс, 2020. – 32 с. – ISBN 978-5-91976-153-2

Методические рекомендации посвящены актуальному практическому аспекту детской психиатрии: выявлению и количественной оценке симптомов, характерных для детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Предложен алгоритм диагностики и оценки динамики психического состояния детей 6–12 лет по авторской рейтинговой шкале количественной оценки детского аутизма (ШКОДА). Шкала может быть введена в набор диагностических методик, применяемых медицинскими работниками в учреждениях здравоохранения с целью первичной диагностики РАС и дальнейшего ведения данной категории пациентов. Издание предназначено для руководителей и работников медицинских организаций, оказывающих помощь детям.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

УДК 159.9

ББК 88

© М.А. Бебчук, А.Ф. Шапошникова,  
А.Я. Басова, 2020

© ГБУЗ «НПЦ ПЗДП  
им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», 2020

ISBN 978-5-91976-153-2

© Оформление — издательство «ДПК Пресс», 2020

# Содержание

<b>Нормативные документы</b> .....	5
<b>Определения</b> .....	6
<b>Обозначения и сокращения</b> .....	7
<b>Введение</b> .....	8
<b>Основная часть</b> .....	10
Структура шкалы ШКОДА.....	11
Критерии оценки.....	13
Интерпретация результатов.....	14
<b>Заключение</b> .....	45
<b>Список использованных источников</b> .....	16
<b>Приложение 1</b> .....	18
Шкала количественной оценки детского аутизма (ШКОДА).....	18
1. Нарушения коммуникации.....	18
2. Нарушения способности к совместной деятельности.....	19
3. Нарушения понимания социальных правил и ролей.....	19
4. Нарушения структуры и развития речи.....	20
5. Нарушения диалога.....	21
6. Адаптация к переменам.....	22
7. Наличие стереотипных форм деятельности.....	23
8. Наличие страхов.....	24
9. Нарушения сна.....	25
10. Агрессия и самоагрессия.....	25
<b>Приложение 2</b> .....	27
Таблица 1. Динамический профиль по шкале ШКОДА.....	27



## **Нормативные ссылки**

- Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Закон РФ от 02.07.1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
- Приказ Минздрава России от 02.02.2015 N 32н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра)»

## Определения

В настоящем документе применяют следующие термины с соответствующими определениями:

- *Высокофункциональные аутистические расстройства* – расстройства аутистического спектра, характеризующиеся отсутствием выраженного снижения интеллекта.
- *Детский аутизм* – первазивное расстройство психического развития, возникающее в раннем детском возрасте и характеризующееся выраженными нарушениями коммуникативных функций и социального взаимодействия, сенсорной гиперчувствительностью, а также ограниченными интересами и повторяющимися действиями, на фоне специфических нарушений интеллекта. Все указанные признаки начинают проявляться в возрасте до трёх лет
- *Расстройства аутистического спектра* – группа первазивных нарушений развития у детей, характеризующихся изменениями коммуникативных функций и социального взаимодействия, стереотипными (повторяющимися) формами поведения, интересами и активностью.
- *Синдром Аспергера* – расстройство психического развития, характеризующееся выраженными нарушениями коммуникативных функций и социального взаимодействия, а также ограниченными интересами, повторяющимися действиями и моторной неловкостью. При этом специфические нарушения интеллекта, характерные для детского аутизма, отсутствуют.

## **Обозначения и сокращения**

РАС – расстройства аутистического спектра

ШКОДА – шкала количественной оценки детского аутизма



## Введение

В XXI веке детский аутизм превратился из редкого расстройства в значимую социальную проблему. Это связано как с быстрым нарастанием распространенности этих расстройств, так и со значительным бременем, которым они ложатся на общество. Если около 30 лет назад в большинстве стран, где ведется статистика данного заболевания, частота встречаемости аутизма равнялась 1 на 10 000, то в настоящее время исследования поражают выявляемыми данными: от 50 до 116 на 10 000 детского населения, что составляет 1% общей популяции. Роль улучшившейся диагностики аутизма не превышает 1/3 общего увеличения его случаев [2, 3, 11, 12]. Практически ничем не отличаясь содержательно, в современных классификациях детский аутизм относят к рубрикам «Расстройства аутистического спектра» (DSM V) или F 84 «Общие расстройства психологического развития» (МКБ 10).

В нашей стране диагностика расстройств аутистического спектра (РАС) осуществляется преимущественно клинико-психопатологическим методом, с опорой на критерии МКБ-10, однако четкой градации степени выраженности основных проявлений аутизма нет. В связи с этим, субъективизм врача при определении степени тяжести состояния больного аутизмом достаточно высок. Недостаточная возможность сформировать объективное суждение о глубине аутизации ребенка создает существенные трудности при оценке динамики его состояния, а также при определении комплекса лечебно-реабилитационных воздействий. Также, учитывая ряд обстоятельств, затрудняющих проведение психопатологического обследования детей с аутистическими проявлениями в объеме, предполагающем массовый охват детского населения с целью первичной диагностики

и мониторинга, представляется целесообразным использование с этой целью стандартизированной оценочной шкалы. Применение шкалы позволит проводить обследование детей, страдающих расстройствами спектра аутизма, не только врачом-психиатром, но и специально обученным психологом, педагогом на уровне первичного звена медико-социальной помощи.

В последние годы в медицинскую практику активно внедряются зарубежные стандартизированные методы диагностики и оценки расстройств аутистического спектра, дополняющие непосредственную клиническую оценку. Наиболее известными являются следующие методики: диагностические интервью для аутизма – Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R), Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) и Childhood Autism Test (CHAT), шкала для диагностики синдрома Аспергера – Asperger Syndrome Diagnostic Scale (ASDS), шкала оценки детского аутизма – The Childhood Autism Rating Scale (CARS) [1, 4, 5, 7, 13, 14]. Однако, зарубежные методики нуждаются в длительном и достаточно сложном процессе адаптации и валидации, который крайне затруднен социокультурными различиями и особенностями каждой нашей страны. Широкое использование в последнее время неадаптированных методик несомненно, влияет на объективность оценки поведения, игры, речи и общего состояния ребенка.

Таким образом, актуальность внедрения в работу медицинских учреждений диагностического инструмента, позволяющего дать объективную оценку степени выраженности симптомов аутизма, составленного и апробированного в условиях аутентичной (русскоязычной) среды представляется обоснованной.

Авторская шкала количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) может являться методом, позволяющим диагностировать аутизм и определять степень выраженности его симптомов. В процессе апробации шкала выявила достаточно высокие показатели надежности  $r = 0,9$  ( $p < 0,001$ ) и валидности  $r = 0,8$  ( $p < 0,001$ ) [5, 6, 7]. Подробное описание процессов апробации и валидации шкалы ШКОДА приведено в публикациях по данной теме [5, 6, 7].

## Основная часть

Шкала количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) является рейтинговой шкалой количественной оценки выраженности синдрома детского аутизма и предназначена для обследования детей в возрасте от 6 до 12 лет.

Шкала построена на основе диагностических критериев детского аутизма, объединяя в себе описание нарушений, характерных в той или иной степени для всех расстройств аутистического спектра. В связи с этим данная шкала не может использоваться для дифференциальной диагностики разных форм аутистических расстройств внутри нозологической группы. Шкала может выявить наличие симптомов, характерных для РАС в целом и «измерить» выраженность этих симптомов. Использование шкалы возможно у детей с любым уровнем интеллектуального развития, в том числе при высокофункциональных аутистических расстройствах, характеризующихся достаточно высоким интеллектом. Шкала была разработана с целью осуществления комплексного подхода к диагностике и динамическому ведению больных, страдающих высокофункциональными аутистическими расстройствами для более подробного учета особенностей структуры нарушений. С помощью шкалы количественной оценки детского аутизма ШКОДА состояние больных оценивалось не в общем виде, а с точки зрения отдельных компонентов аутистического симптомокомплекса, что позволяло дифференцированно выстраивать лечебно-коррекционные воздействия. С целью контроля динамики психического состояния ребенка обследование может проводиться с кратностью в 4–6 месяцев, и на основании полученных результатов формируется динамический профиль (Приложение 2), который показывает динамику редукции отдельных симптомов, изменение структуры психопатологических проявлений.

Степень «концентрации» симптома, которая обозначает выраженность аутистических проявлений, определяется следующими критериями:

- частотой проявления симптома;
- степенью дезадаптирующего влияния симптома.

## Структура шкалы ШКОДА

Шкала состоит из 10 субшкал, которые можно условно разделить на 4 блока:

### **1 блок. Нарушения социального взаимодействия**

Данная группа нарушений имеет форму неадекватного реагирования на социально-эмоциональные сигналы, что выражается в отсутствии реакции на эмоции других людей и \ или неспособности изменять поведение в соответствии с социальным контекстом; в недостаточном использовании социальных сигналов и слабом усвоении социальных, эмоциональных и коммуникативных форм поведения; особенно – в недостаточности социально-эмоциональной взаимности.

Данный блок включает в себя 3 субшкалы:

- нарушения коммуникации;
- нарушения способности к совместной деятельности;
- нарушения понимания социальных правил и ролей.

### **2 блок. Нарушения общения**

Данные нарушения выражаются в отсутствии социального использования имеющихся речевых навыков (каковы бы они ни были); в нарушении социально-имитационной игры, в низкой синхронности и отсутствии взаимодействия в беседе; в недостаточной гибкости речевого выражения; недостаточности эмоциональных реакций на словесные и невербальные обращения других людей, в нарушении использования интонаций и выразительности голоса.

Данный блок включает в себя 2 субшкалы:

- нарушения структуры и развития речи;
- нарушения диалога.

### ***3 блок. Наличие стереотипных моделей поведения***

Данная группа нарушений проявляется в тенденции устанавливать ригидный, раз и навсегда заведенный распорядок для широкого круга аспектов повседневного функционирования; у детей могут появляться стойкие стереотипные интересы, например, к датам, маршрутам или расписанию транспорта. Дети нередко сопротивляются изменениям заведенного распорядка или привычных деталей личного окружения.

Данный блок включает в себя 2 субшкалы:

- адаптация к переменам;
- наличие стереотипных форм деятельности.

### ***4 блок. Неспецифические дополнительные признаки***

Этот блок включает такие психопатологические проявления как страхи, нарушения сна, агрессивность, нанесение самоповреждений. Данные симптомы не являются определяющими для РАС, но в той или иной степени, как правило, присутствуют в клинической картине и могут существенно влиять на тяжесть психического состояния ребенка, отягощая облигатные симптомы и усиливая выраженность нарушений адаптации, усложняя проведение психолого-педагогической коррекции и реабилитации.

Данный блок включает в себя 3 субшкалы:

- наличие страхов;
- нарушения сна;
- агрессия и самоагрессия.

Тестирование можно проводить, пользуясь любой информацией, отражающей поведение ребенка в интересующий вас временной период (ближайший к моменту тестирования) – результатами обследования психологом, сведениями от родителей, наблюдениями педагогов, медицинских работников и, конечно, собственным наблюдением на момент проведения обследования.

С целью оценки динамики психического состояния ребенка повторное тестирование целесообразно проводить с интервалом не менее 4–6 месяцев и заносить в динамический профиль (Приложение 2). Учитывая же имеющийся опыт применения шкалы [8, 9], контроль динамики состояния пациента по шкалам позволяет

применить дифференцированный подход, включающий в себя структурно-динамическую оценку ребенка, страдающего аутистическими расстройствами с помощью шкалы количественной оценки детского аутизма ШКОДА, дополняющей клинический анализ каждого случая. Данный подход позволял делать более объективным катанез, и аргументировано формировать рекомендации по медикаментозной терапии и коррекционной работе.

## Критерии оценки

Шкала включает в себя 10 видов нарушений, которые могут проявляться при наличии у ребенка любого расстройства аутистического спектра. В протоколе шкалы к этим позициям даны ключевые ориентиры. Необходимо отметить, сколько признаков по каждой из субшкал выявляется у ребенка, насколько часто указанные признаки встречаются в поведении обследуемого.

По каждой субшкале предусмотрена оценка в баллах от 1 до 4-х, результаты субшкал суммируются. Состояние ребенка может быть отражено как суммарным баллом, так и оценкой по каждой субшкале, если исследователя интересует степень выраженности каждого симптома.

**1 балл** – варианты нормы;

**1,5 балла** – недостаточно очевидная патология, но есть отдельныестораживающие проявления;

**2 балла** – определенно заметная патология, но слабой степени выраженности;

**2,5 балла** – степень от слабой до умеренной;

**3 балла** – патология умеренной степени выраженности

**3,5 балла** – патологические проявления не достигают максимальной степени выраженности, но приближаются к ней;

**4 балла** – тяжелые патологические проявления.

## Интерпретация результатов

- до 16 баллов – признаки синдрома аутизма отсутствуют;
- 16,5–20 баллов – слабая степень выраженности синдрома аутизма;
- 20,5–24 баллов – умеренная степень выраженности синдрома аутизма;
- 24,5–28 баллов – сильная степень выраженности синдрома аутизма;
- 28,5–40 баллов – тяжелая степень выраженности синдрома аутизма.

## Заклучение

С помощью предложенной шкалы количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) возможно решение задач, актуальных в практической деятельности врача:

- диагностика синдрома аутизма у детей с 6 до 12 лет;
- контроль изменения состояния больных, страдающих расстройствами аутистического спектра;
- оценка эффективности проводимых лечебно-коррекционных воздействий;
- стандартизация и объективизация оценки тяжести актуального психического состояния пациентов с расстройствами аутистического спектра.



## **Список ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Касаткин В.Н, Шапошникова А.Ф., Письменная Н.В., Бородин Л.Г., Сударикова М.А. Опыт применения стандартизированных диагностических оценочных шкал в комплексной программе лечебно-коррекционной помощи детям с расстройствами спектра аутизма. // Детский аутизм: исследования и практика: Сборн. матер. гор. научно-практ. конф. М.: Образование и здоровье, 2008 — С. 26–58.
2. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно — практическое руководство./ Под ред. Симашковой Н.В. — М.: Авторская академия, 2013 — 264 с.
3. Сухотина Н.К., Коровина Н.Ю., Маринчева Г.С. К вопросу о динамике распространенности расстройств аутистического спектра в детско—подростковой популяции// Психическое здоровье. — 2013 — №6 — С. 8–13
4. Шапошникова А.Ф. Скрининговая диагностика и динамический контроль детей с заболеваниями аутистического спектра с использованием рейтинговой шкалы для оценки детского аутизма//Социальная и клиническая психиатрия — 2012. — Т. 22, № 2. — С. 63–68.
5. Шапошникова А.Ф. Результаты пилотажного обследования детей при помощи шкалы количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) // Психическое здоровье. — 2012. — №8 — С. 44–48.
6. Шапошникова А.Ф. Методика обследования детей 6–12 лет при помощи шкалы количественной оценки детского аутизма // Психическое здоровье. — 2013. — №5 — С. 7–11.

7. Шапошникова А.Ф. Структурно-динамические особенности высокофункциональных аутистических расстройств у детей младшего школьного возраста. Автореф. дисс. канд. мед. наук. — М.: 2014. — 22 с.
8. Шапошникова А.Ф., Соловьева О.А., Колосова В.Л. Опыт применения шкалы количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) для исследования особенностей структуры и динамики высокофункциональных аутистических расстройств у детей младшего школьного возраста // Психическое здоровье. — 2015. — №9 — С. 50–54.
9. Шапошникова А.Ф., Соловьева О.В., Мазур Н.С., Письменная Н.В. Динамический контроль школьной адаптации детей с высокофункциональными аутистическими расстройствами с использованием шкалы количественной оценки детского аутизма (ШКОДА) Психическое здоровье. — 2017, №3. — С. 57–61.
10. Baird G. A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study / G. Baird [et al.] // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. — 2000. — V. 39. — P. 694–702.
11. Gillberg C., Steffenburg S. Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty. // J. of Autism and Developmental Disorders — 1987 — V. 17 — P. 272–288.
12. Rumsey J.M., Rapoport J.L., Sceery W.R. Autistic children as adults: psychiatric, social, and behavioral outcomes.// J. Am. Acad. Child Psychiatry — 1985. — V. 24. — P. 465–473.
13. Schopler, E. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). / E. Schopler, R. Reichler, R. De Vellis, K. Daly // J. of Autism and Developmental Disorders. — 1980. — № 10. — P. 91–103.
14. Schopler, E. Childhood Autism Rating Scale (CARS) / E. Schopler, R.J. Reichler, B.R. Renner — Los Angeles, California: WPS, 1988. 34 p.

# Приложение 1

## Шкала количественной оценки детского аутизма (ШКОДА)

### *1. Нарушения коммуникации*

- Не отвечает на приветствие,
- уклоняется от глазного контакта (отводит взгляд),
- игнорирует присутствие взрослого, для того, чтобы завладеть вниманием ребенка и привлечь его к общению требуются интенсивные неоднократные попытки,
- уклоняется от тактильного контакта,
- избегает контактов с ровесниками или стремится к ним, но не может включиться в игры, дети не хотят с ним играть.

<b>1</b>	Данные признаки отсутствуют.
<b>1,5</b>	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
<b>2</b>	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
<b>2,5</b>	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто.
<b>3</b>	3–4 признака выявляются определенно, проявляются часто.
<b>3,5</b>	Указанные признаки делают контакт с ребенком прерывистым, и продуктивным преимущественно в отношении той деятельности, которой он в данный момент хочет заниматься.
<b>4</b>	Указанные признаки делают контакт с ребенком невозможным для привлечения его к целенаправленной деятельности.

## ***2. Нарушения способности к совместной деятельности***

- Не старается подражать другим детям,
- не может воспроизвести за взрослым простой рисунок – круг, треугольник, квадрат,
- при попытке взрослого завести совместную игру – отвергает,
- при выполнении заданий слабо опирается на образец, помощь, объяснение.

<b>1</b>	Данные признаки отсутствуют.
<b>1,5</b>	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
<b>2</b>	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
<b>2,5</b>	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто.
<b>3</b>	Указанные признаки выявляются в полном объеме и постоянно, но при настойчивости со стороны взрослого, ребенок может что-то повторить, выполнить инструкции.
<b>3,5</b>	Указанные признаки делают ребенка продуктивным только в отношении той деятельности, которой он в данный момент хочет заниматься.
<b>4</b>	Указанные признаки определяют невозможность привлечения ребенка к совместной деятельности.

## ***3. Нарушения понимания социальных правил и ролей***

- Обращается к взрослому на «ты»,
- в общественных местах может становиться избыточно возбужденным или, наоборот, скованным, испуганным,
- может высказывать суждения, которые не подлежат огласке,

- очень раним, крайне болезненно реагирует на критику в свой адрес, или, наоборот, не дает явной реакции ни на похвалу, ни на порицание.
- не усваивает правил в играх.

<b>1</b>	Данные признаки отсутствуют.
<b>1,5</b>	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
<b>2</b>	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
<b>2,5</b>	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто.
<b>3</b>	Указанные признаки выявляются в полном объеме и постоянно, но при настойчивости со стороны взрослого, ребенок может исправлять свое поведение, соблюдать правила. Однако, без организующего влияния вновь игнорирует правила.
<b>3,5</b>	Указанные признаки определяют трудность посещения с ребенком массовых мероприятий, пребывания его в коллективе детей.
<b>4</b>	Указанные признаки делают поведение ребенка неуправляемым.

#### ***4. Нарушения структуры и развития речи.***

- Редко использует местоимение «Я», может назвать себя в 3-м лице,
- голос с особыми интонациями, или монотонный, «механический»,
- имеются эхолалии,
- речь изобилует штампами и цитатами,
- ребенок иногда может дословно воспроизводить ранее услышанное, чаще без связи с текущей ситуацией.

<b>1</b>	Данные признаки отсутствуют.
<b>1,5</b>	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
<b>2</b>	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
<b>2,5</b>	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто.
<b>3</b>	Указанные признаки выявляются в полном объеме, но речь ребенка, в целом, понятна.
<b>3,5</b>	Указанные признаки делают речь недостаточно понятной.
<b>4</b>	Указанные признаки делают речь ребенка лишенной смысла.

### ***5. Нарушения диалога.***

- На вопросы отвечает «мимо», «невпопад», не по существу,
- не может первым вступить в общение со сверстником,
- предпочитает говорить только на темы, интересующие его самого, но не интересные окружающим, речь звучит в виде монолога,
- не использует выразительные жесты и мимические движения,
- не выстраивает ролевые игры, предполагающие диалог.

<b>1</b>	Данные признаки отсутствуют.
<b>1,5</b>	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
<b>2</b>	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
<b>2,5</b>	1–2 признака выявляются определенно, проявляются часто.

3	Указанные признаки выявляются в полном объеме, но ребенок понимает простые инструкции взрослого, может их выполнить.
3,5	Указанные признаки нарушают возможность взаимодействия с ребенком, он часто не выполняет инструкции, от него трудно получить ожидаемый ответ.
4	Указанные признаки делают диалог невозможным.

### ***6. Адаптация к переменам.***

- Стремится устанавливать жесткий, раз и навсегда, установленный порядок жизни и деятельности, школьных занятий, быта,
- с трудом переключается с одного задания на другое, резко реагирует на необходимость смены педагога,
- имеет однообразные пищевые пристрастия,
- отказывается надевать новую одежду.

1	Данные признаки отсутствуют.
1,5	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
2	Выявляются 3–4 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
2,5	1–2 из указанных признаков выявляются определенно и проявляются постоянно, но ребенок допускает изменения под влиянием необходимости, при этом нуждается в предварительном объяснении сути возможных перемен.
3	Указанные признаки в той или иной степени выявляются в полном объеме.

<b>3,5</b>	Указанные признаки настолько выражены, что на любые изменения ребенок дает протестные реакции (активные или пассивные).
<b>4</b>	Ребенок реагирует на изменения крайне резко, вплоть до агрессии.

### ***7. Наличие стереотипных форм деятельности.***

- Есть привязанность к определенной игрушке, предмету,
- предпочитает игры однообразного содержания,
- имеет стойкие стереотипные интересы, например, к датам, маршрутам или расписанию транспорта, планетам, географическим картам, компьютеру, маркам машин и т.д.

<b>1</b>	Данные признаки отсутствуют.
<b>1,5</b>	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.
<b>2</b>	Выявляются 3–4 признака, но ребенок их проявляет не всегда, принимает изменения своей деятельности, проявляет интерес к иным играм и навыкам, если взрослый предложит их и обучит его.
<b>2,5</b>	3–4 признака выявляются определенно и проявляются постоянно, но ребенок допускает изменения под влиянием необходимости, при этом ощущает дискомфорт и ждет возможности вновь предаться сверхценному интересу.
<b>3</b>	Указанные признаки в той или иной степени выявляются в полном объеме. В учебной деятельности продуктивность выше в сфере особого интереса (не равномерность интеллектуального развития).



<b>3,5</b>	Однообразие интересов затрудняет познание нового, в интеллектуальной деятельности ребенок развит преимущественно в направлении особого интереса, на попытки со стороны взрослых вторгнуться в сферу интересов, отвлечь дает протестные реакции. Есть стереотипные моторные движения, но ребенок совершает их только тогда, когда предоставлен сам себе, ничем не занят.
<b>4</b>	Ребенок активно отвергает любое вторжение в свою стереотипную деятельность, значительно выражены стереотипные движения руками, однообразные подпрыгивания, которые ребенок может проявлять и в общественных местах, нуждается в этом во время занятий.

### **8. Наличие страхов.**

- Есть страхи, связанные с реальностью (тех явлений, которые когда-то испугали ребенка) – грозы, собак, воды и т.д.,
- есть страх выдуманных персонажей,
- есть страх бытовых приборов,
- страхи мешают ребенку быть самостоятельным, чувствует себя спокойно только в присутствии взрослых.

<b>1</b>	Данные признаки отсутствуют.
<b>1,5</b>	Очень слабая выраженность: 1–2 признака редко.
<b>2</b>	Выявляются 3–4 признака непостоянно.
<b>2,5</b>	Выявляются 3–4 признака определенно, 1–2 очень часто.
<b>3</b>	Выявляются 3–4 признака и проявляются устойчиво.
<b>3,5</b>	Все признаки присутствуют постоянно.
<b>4</b>	Ребенок не осторожен, кажется, будто лишен страха вообще, нет чувства самосохранения.

### **9. Нарушения сна.**

- Длительно не может заснуть,
- засыпает только в присутствии родителей,
- по ночам часто пробуждается,
- сноговорение, снохождение, скрип зубами.

<b>1</b>	Данные признаки отсутствуют.
<b>1,5</b>	Сон нарушается редко, только в связи с выраженными эмоциональными перегрузками.
<b>2</b>	Выявляются 2–3 признака редко.
<b>2,5</b>	Выявляются 1–2 признака часто.
<b>3</b>	выявляются 2–3 признака часто.
<b>3,5</b>	Все признаки выявляются определенно, проявляются, сменяя друг друга.
<b>4</b>	Нарушения сна присутствуют постоянно в течение длительного времени (более 3 мес), ребенок в связи с этим стал менее продуктивен в деятельности, более утомляем или расторможен, возбужден.

### **10. Агрессия и самоагрессия.**

- Стремление нанести вред себе или другому лицу,
- физически,
- словесно,
- прямо – по отношению к объекту агрессии,
- косвенно – стремление провоцировать конфликты среди детей, злые шутки, доносы.

<b>1</b>	Данные признаки отсутствуют.
<b>1,5</b>	Проявляет 1–2 из перечисленных признаков, крайне редко, в остальном поведение не выходит за границы нормы.

<b>2</b>	Выявляются 2–3 признака, которые ребенок проявляет не во всех ситуациях.
<b>2,5</b>	Часто проявляются 1–2 признака.
<b>3</b>	Указанные признаки в той или иной степени выявляются в полном объеме.
<b>3,5</b>	Указанные признаки определяют невозможность пребывания ребенка в коллективе детей.
<b>4</b>	Указанные признаки делают поведение ребенка неуправляемым.

## Приложение 2

Таблица 1. Динамический профиль по шкале ШКОДА

Оценка по субшкалам ШКОДА (результаты в баллах)	1 обследование (месяц, год)	2 обследование (месяц, год)	3 обследование (месяц, год)
1. Нарушения коммуникации			
2. Нарушение способности к совместной деятельности			
3. Нарушение понимания социальных правил и ролей			
4. Нарушения диалога			
5. Нарушения структуры и развития речи			
6. Адаптация к переменам			
7. Наличие стереотипных форм деятельности			
8. Наличие страхов			

Оценка по субшкалам ШКОДА (результаты в баллах)	1 обследование (месяц, год)	2 обследование (месяц, год)	3 обследование (месяц, год)
9. Нарушения сна			
10. Агрессия и самоагрессия			
Итог			



ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» оказывает полипрофессиональную помощь детям и подросткам с любыми ментальными нарушениями и расстройствами развития, а также их семьям.

🏠 119334, г. Москва,  
5-й Донской проезд, дом 21А

✉ [mail@dpb6.ru](mailto:mail@dpb6.ru)  
🌐 [www.npc-pzdp.ru](http://www.npc-pzdp.ru)

☎ поддержки (доверия): +7 (495) 960 34 62

Регистратура консультативно-диагностического отделения:

☎ +7 (495) 44 55 495

Запись на прием к специалистам по электронной почте:

✉ [zapisnapriyem@bk.ru](mailto:zapisnapriyem@bk.ru)







к.м.н. М.А. Бебчук, к.м.н. А.Ф. Шапошникова, к.м.н. А.Я. Басова

# ДИАГНОСТИКА И МОНИТОРИНГ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ 6–12 ЛЕТ ПО ШКАЛЕ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА (ШКОДА)

Научное издание

Издается в авторской редакции

**Издательская группа:**

*Валерия Чернякина  
Тимофей Андросов  
Андрей Высоцкий  
Дарико Цулая  
Марианна Максимова  
Дарья Куваева  
Анастасия Китова*

Издательство «ДПК Пресс»

г. Москва, ул. ул. Электrozаводская, д. 52  
+7 (495) 724-34-86; +7 (495) 788-83-81  
[www.dpk-press.ru](http://www.dpk-press.ru)

Подписано в печать 07.04.2020 г.  
Формат 60x90/16 // Усл. печ. л. 1,875.  
Гарнитура «Petersburg C».  
Бумага офсетная. Печать цифровая.  
Тираж 500 экз.  
Отпечатано в типографии «ДПК Пресс»