

КАЖДЫЙ
РЕБЁНОК
ДОСТОИН
СЕМЬИ

II Международный форум «Каждый ребёнок достоин семьи»

фонд
обнажённые
сердца



Москва 14-17 октября




Материал выступления на II Международном форуме «Каждый ребенок достоин семьи», организованном Фондом помощи детям «Обнаженные сердца».

Тема Форума:

«Аутизм. Эффективные методы оказания помощи людям с расстройствами аутистического спектра. Российский и зарубежный опыт»

Этот и другие материалы доступны на сайте: forum.nakedheart.org



Расширенный аутистический фенотип. Дисфункция сенсорной интеграции в детском возрасте

Садовская Ю.Е., Битова А.Л., Блохин Б.М.

*РБОО «Центр Лечебной Педагогике»
ФГБУ «Детский медицинский центр» УДПрезидента РФ
РНИМУ им. Н.И.Пирогова, кафедра поликлинической и неотложной педиатрии*

г. Москва – 15 октября 2013г.


Введение

- От 60,000 до 115,000 детей до 15 лет в США имеют диагностические критерии аутизма, по данным последних исследований, встречаемость оценивается от 10 до 20 случаев на 10,000 человек
- Диагноз аутизм часто не устанавливается до 2-3-летнего возраста пока не становятся очевидными основные симптомы. Ранняя диагностика не осуществляется или из-за опасений по поводу маркировки психиатрического диагноза или диагноз устанавливается ошибочный

Установление диагноза аутизм по данным Американская Академия неврологии (2010г.)

Из 1,300 опрошенных семей:

- ❖ Средний возраст установления диагноза – 6 лет, несмотря на тот факт, что большинство родителей чувствуют что-то не так к возрасту 18 мес.
- ❖ Менее 10% пациентов диагноз устанавливается при первичном обращении
- ❖ 10% пациентам предлагают повторно обратиться, если их опасения будут сохраняться или им говорят «ребенок перерастет»
- ❖ Оставшихся направляют к другим специалистам (средний возраст 40 мес.), которым:
 - 40% устанавливают формальный диагноз
 - 25% говорят «не беспокоиться»
 - 25% направляют к 4-му или 5-му специалисту

- 
- В. Е. Каган предлагает следующее определение аутизма (исходя из рассмотрения общения, как функции психики): **аутизм**, как психопатологический синдром, характеризуется недостаточностью общения, формирующейся на основе первичных структурных нарушений или неравномерности развития предпосылок общения и вторичной утраты регулятивного влияния общения на мышление и поведение. Под предпосылками общения понимается:
 - · возможность адекватного восприятия и интерпретации информации
 - · достаточность и адекватность выразительных средств общения
 - · взаимопонимание с его регулирующим влиянием на мышление и поведение
 - · возможность адекватного планирования и гибкого варьирования поведения, выбора способа и стиля общения.

Терминология

- В клинической практике выражения «аутизм», «[расстройства аутистического спектра](#)» и первазивное нарушение развития зачастую используются как взаимозаменяемые. В свою очередь расстройства аутистического спектра включены в расширенный аутистический фенотип ([англ. broader autism phenotype, BAP](#)), описывающий также лиц с аутистическими чертами поведения, но проявления основных симптомов мягче и оснований для постановки диагноза аутизм недостаточно.

Расширенный аутистический фенотип

- Для составления общей картины всех расстройств аутистического спектра, включая классический аутизм, используется следующая классификация:
 - классический аутизм или синдром Каннера;
 - синдром Аспергера;
 - детское дезинтегративное расстройство;
 - другие, похожие на аутизм, заболевания;
 - аутистические особенности.

Расширенный аутистический фенотип

Симптомы

- • Социальная застенчивость
- • Трудности в приобретении друзей
- • Проблемы с пониманием социальных ключей
- • Предпочтение систематического расписания
- • Компульсивное поведение
- • Навязчивое поведение

Расширенный аутистический фенотип, 6 общих параметров

1. Узнавание лиц, включая черты лица, движения мышц лица, также как и движения глаз
2. Социальная принадлежность или чувствительность к социальным вознаграждениям , относящаяся к социальным мотивационным нарушениям, обнаруживаемые при аутизме
3. Способность двигательных имитаций, особенно, имитаций движений тела
4. Память, специфичны аспекты, опосредованные medial temporal lobe–prefrontal circuits
5. Исполнительные функции , особенно планирование и гибкость
6. Языковая компетентность, особенно те аспекты, которые пересекаются с конкретными нарушениями речи , а именно , фонологической обработки



Цель исследования

- Провести анализ достоверности диагноза аутизм у детей раннего и дошкольного возраста в динамическом контексте и уточнить взаимоотношения проявлений аутизма и дисфункции сенсорной интеграции

Объект исследования

107 пациентов с аутизмом

Возраст 2-7 лет (средний возраст $3,8 \pm 2,1$ года)

- Мальчиков – 79,5%
- Девочек – 20,5%

Критерии включения:

- Установленный диагноз аутизм
- Дошкольный возраст
- Отсутствие органических нарушений слуха, зрения значительной степени
- Отсутствие тяжелого хронического соматического заболевания

Методы исследования

Наряду с осмотрами невролога, психиатра, психолога, проводилась

- Оценка неврологического статуса с характеристикой динамики формирования сенсомоторных навыков
- Анкетный метод, который включал данные *anamnesis vitae*; медицинская документация; педагогические характеристики
- Анкетный метод, опрос родителей по сенсо-моторному развитию, включающий разделы – восприятие ощущений от прикосновений, баланс и движение, координация, мышечный тонус, слух, зрение, обоняние, внимание и поведение (Balzer-Martin L., 2000)
- Сенсорный профиль (SSP – Short Sensory Profile, Dunn W., 1999)
- Шкала оценки детского аутизма (CARS – Childhood Autism Rating Scale, Schopler E., 1988)
- Шкала текущего уровня адаптивности

Дизайн исследования

Курс нейроабилитации: 2 года,

Методы лечения. Программа включает в себя :

- Модификация среды
- Метод сенсорной интеграции
- Расширенное обучение родителей
- Сенсорная диета - стратегии, основанные как на отношениях с окружающими, так и на собственной сенсорной сфере

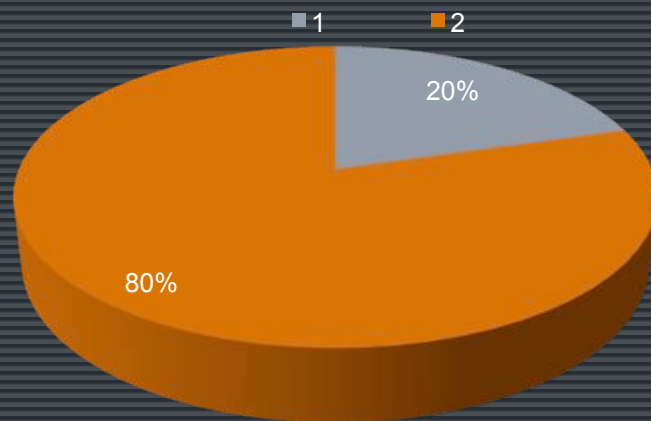
Оценка динамики состояния –

уточнение диагноза 2 независимыми психиатрами:

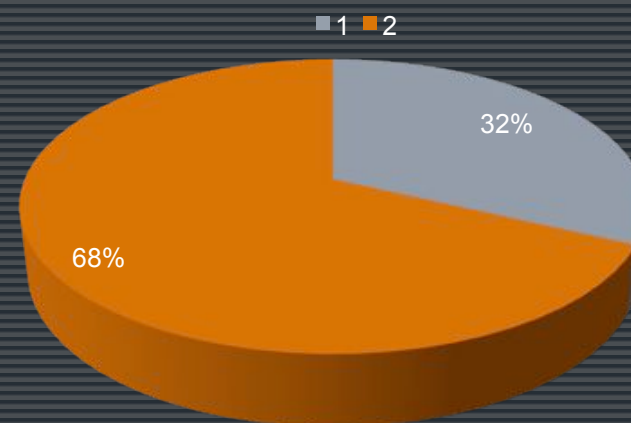
- Через 1 год
- Через 2 года


Диагностика аутизма после сенсорно-интегративной нейроабилитации

Динамика через 1 год



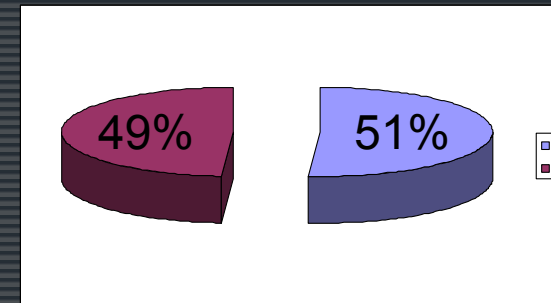
Динамика через 2 года



- 
- Таким образом, вмешательство влияло на симптоматику в лучшую сторону и, как следствие влияло на выставляемый диагноз.

Нарушения сенсорной обработки у детей с аутизмом

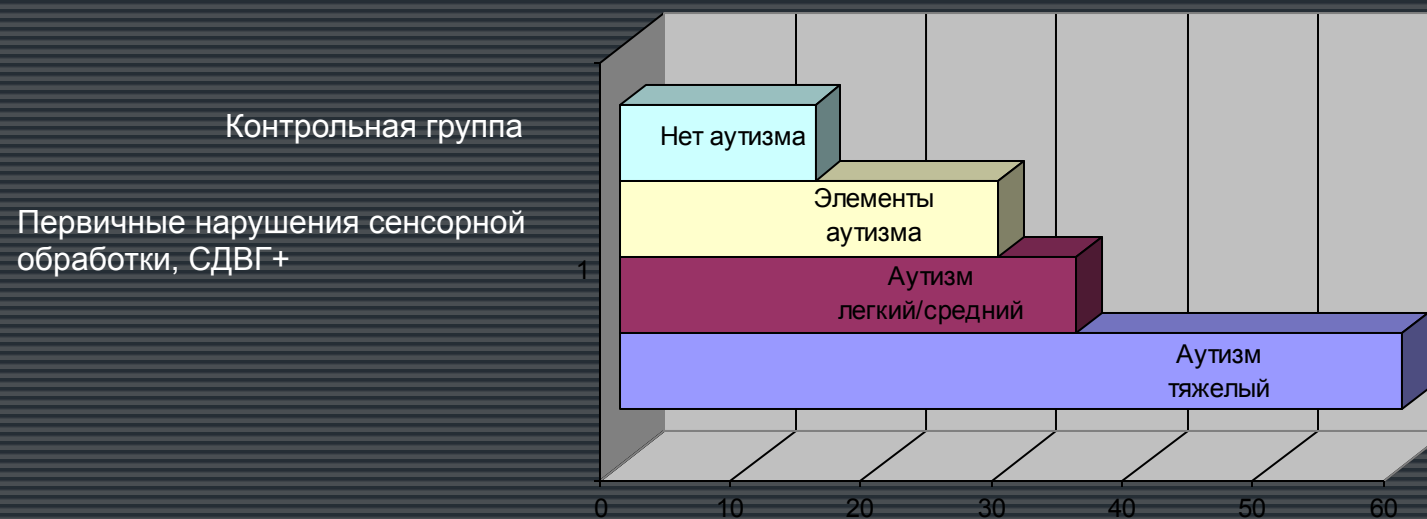
- Пациентов: $n = 73$
- Мальчики/девочки: 80% / 20%
- Нарушения сенсорной модуляции выявлены у 82% пациентов
- Нарушения сенсорной обработки выявлены у 100% пациентов
- Таким образом, нарушения сенсорной обработки при аутизме носят глобальный характер и их следует рассматривать как часть основного заболевания, а не сопутствующим состоянием



Легкая/умеренная
степень аутизма -
(шкала CARS
30-37 баллов)

Тяжелая степень
аутизма –
(шкала CARS
37-60 баллов)

Результаты исследования по шкале CARS у больных с различными вариантами нарушений сенсорной обработки

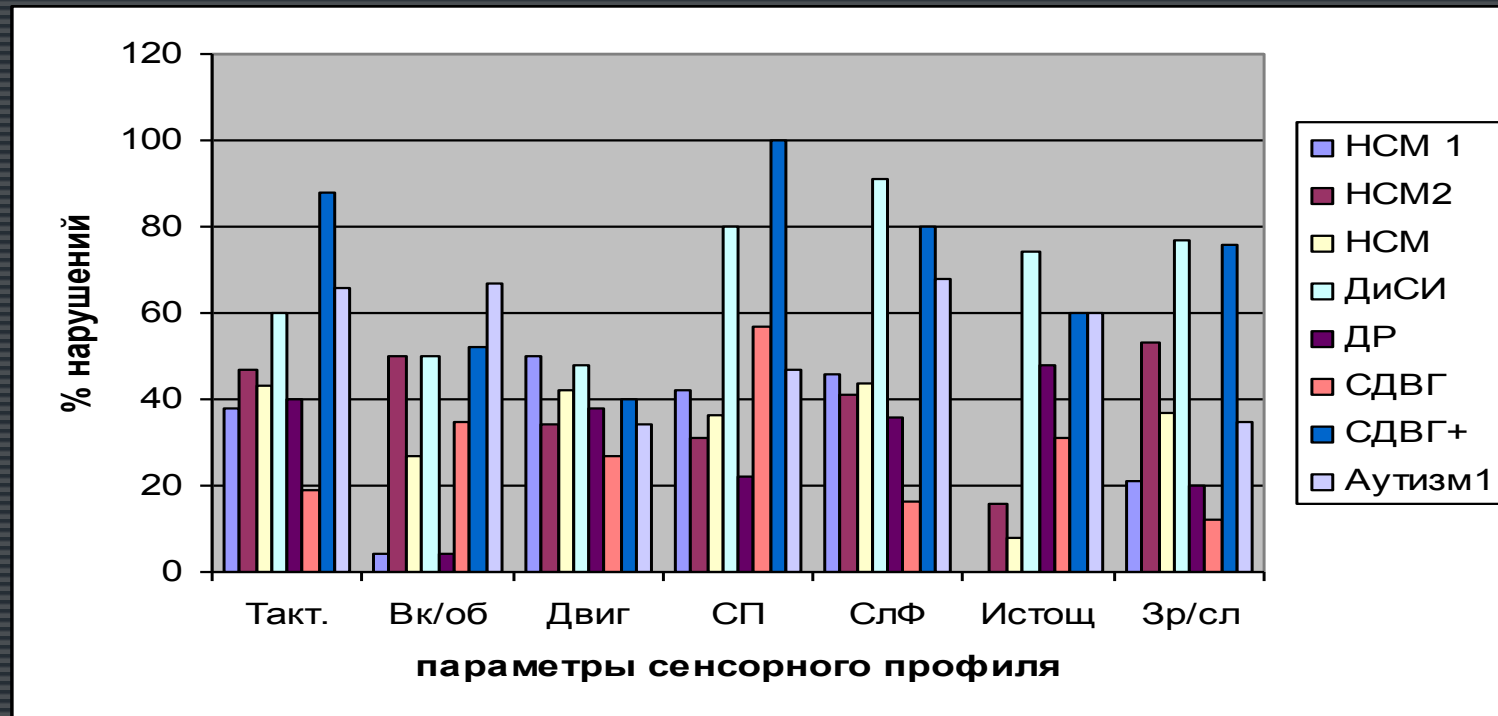


36-60 баллов - Аутизм
тяжелый
30-35 баллов - Аутизм
легкий / средний
15-29 баллов - Элементы
аутизма
0-14 баллов - Нет
аутизма

Сенсорный профиль у пациентов с аутизмом легкой/средней степени тяжести

Параметры	Оценка выполнения	Число случаев	%
Пол	Мужской	30	83,33
	Женский	6	16,66
Тактильная чувствительность	Типичное выполнение	4	11
	Возможные различия	8	22
	Отчетливые различия	24	67
Вкусовая/обонятельная чувствительность	Типичное выполнение	5	14
	Возможные различия	9	25
	Отчетливые различия	22	61
Двигательная чувствительность	Типичное выполнение	24	67
	Возможные различия	3	8
	Отчетливые различия	9	25
Сенсорный поиск	Типичное выполнение	12	33
	Возможные различия	5	14
	Отчетливые различия	19	53
Слуховая фильтрация	Типичное выполнение	3	8
	Возможные различия	8	22
	Отчетливые различия	25	69
Энергетический ресурс	Типичное выполнение	5	14
	Возможные различия	12	33
	Отчетливые различия	19	53
Зрительная/слуховая чувствительность	Типичное выполнение	12	33
	Возможные различия	8	22
	Отчетливые различия	16	44
Общий коэффициент	Типичное выполнение	0	0
	Возможные различия	6	18
	Отчетливые различия	30	82

Сравнительные параметры сенсорного профиля в разных группах пациентов



Примечание: HCM 1 – нарушение сенсорной модуляции, сенсорная защита легкой степени, HCM 2 – нарушение сенсорной модуляции, сенсорная защита средней степени, ДиСИ – дисфункция сенсорной интеграции, ДР – диспраксия развития, СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью, СДВГ+ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью с нарушением сенсорной модуляции.

Сенсорный профиль у пациентов с аутизмом легкой/средней степени тяжести

- У пациентов с аутизмом суммарный коэффициент сенсорного профиля соответствовал «отчетливым различиям» - $0,57 \pm 0,06$, в контрольной группе «типичному выполнению» – $0,72 \pm 0,13$ ($p < 0,005$).
- Дефициты сенсорной модуляции ограничивали способности детей поддерживать внимание, регулировать общий уровень активации и, в конечном счете, достигать и поддерживать оптимальный уровень выполнения, необходимый для адаптации и обучения

Неврологический статус пациентов с аутизмом и нарушением сенсорной обработки

Симптомы (% нарушений) / группы пациентов, п	Аутизм п=73		НСМ П=112		ДиСИ п=82		КГ п=144	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс.	%
поза и мышечный тонус	47	64	30	27	57	69	10	6,9
рефлексы	9	12	39	35	34	42	10	6,9
хореiformная дискинезия	12	16	15	13	7	8	-	-
координация и баланс	42	58	36	32	73	89	-	-
дефицит мелкой моторики	33	45	25	22	32	39	-	-
г л а з о д в и г а т е л ь н а я координация/ зрительный контроль	39	53	15	13	36	44	-	-
билатеральный контроль	35	48	7	6	60	73	-	-
оральный праксис	25	34	15	13	29	35	6	4,2
праксис	63	86		8	82	100		

Неврологический статус

- **Сенсорно-основанные моторные нарушения** (диспраксия, позотонические расстройства) выявлены в 62 из 73 (**84,9%**) случаев. Для 30 из 37 (81%) пациентов с аутизмом с умственной отсталостью была характерна оро-моторная дефицитарность наряду с более частым отказом или нежеланием выполнять задания. Диспраксия развития, позотонические расстройства при аутизме рассматривалась нами не как изолированное коморбидное моторное расстройство, а как составная часть заболевания. Проведенный анализ двигательной функции показал, что у пациентов с аутизмом в 46 из 73 (**63%**) случаев наблюдались церебеллярные и стволовые дефициты, требующие целенаправленной коррекции. В процессе реабилитационной работы у детей с аутизмом прослеживалась флюктуация неврологической симптоматики с чередованием периодов уменьшения и увеличения степени выраженности симптомов.
- В 41% выявлено непостоянное выделение ведущей руки, что вполне согласуется с данными литературы, у типично развивающихся детей данный параметр оценивается не более 4%. У пациентов с аутизмом повышена встречаемость леворукости, которую мы оценивали после 4 лет – до 25%, тогда как в типичной популяции частота составляет 9% по данным литературы

Встречаемость различных патологических паттернов поведения у пациентов с аутизмом и дисфункцией сенсорной интеграции

Патологические паттерны поведения / группы пациентов, %	Аутизм n=36		Дисфункция сенсорной интеграции n=82	
	Абс.	%	Абс.	%
Повторяющееся использование объектов или заинтересованность их частями	28	78	32	40
Необычные сенсорные интересы	27	75	40	50
Комплексные маневризмы или стереотипные движения туловищем	22	61	22	27
Маневризмы рук и пальцев	19	53	18	23
Необычная озабоченность / рассеянность	16	44	13	16
Общая чувствительность к шуму	22	61	18	23
Аномальный идиосинкратический ответ на сенсорные стимулы	29	81	58	71
Трудности адаптации к изменениям	36	100	60	73
Самоповреждающее поведение	10	29	30	39
Необычная привязанность	9	25	13	16
Компульсии/ритуалы	7	19	8	10

Сравнительный аспект поведенческих паттернов поведения по данным опросника для диагностики аутизма, адаптированный вариант (ADI-R)

- Полученные результаты демонстрируют достоверное преобладание ($p < 0,005$) встречаемости обсессивно-компульсивных проявлений (стереотипные и повторяющиеся маневризмы, персистирующая увлеченность частями объектов, ограниченные особые интересы, устойчивые ритуалы) в группе пациентов с аутизмом по отношению к группе «не-аутизм»: необычные сенсорные интересы 52 из 73 (75,3%), в группе сравнения 13 из 28 (46,4%); слуховая гиперсенситивность 45 из 73 (62%), в группе сравнения 10 из 28 (35,7%); общая сенситивность на сенсорные стимулы 25 из 73 (35,6%), в группе сравнения – у 5 из 28 (17,9%).



В практической работе специалистам часто приходится встречаться с аффективной лабильностью, возбудимостью, гиперактивностью, повышенной отвлекаемостью. Однако, помимо аутизма, эти нарушения могут служить внешними признаками ряда других состояний. В связи с этим следует тщательно разграничивать аутизм и круг состояний, сходных с ним по внешним проявлениям, но существенно отличающихся как по своим причинам, так и по методам коррекции.

Симптомы



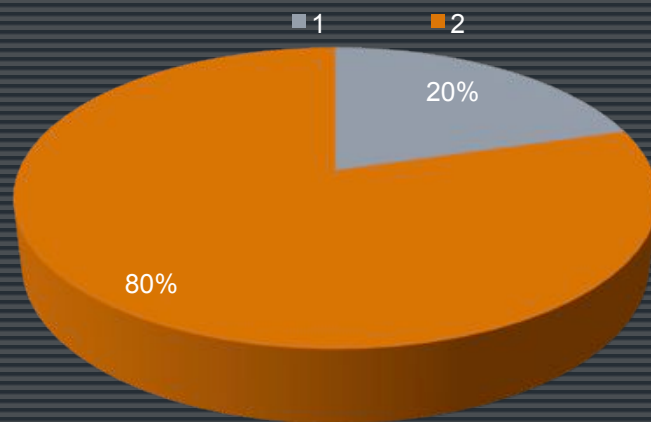
Аффективная лабильность

Повышенная отвлекаемость

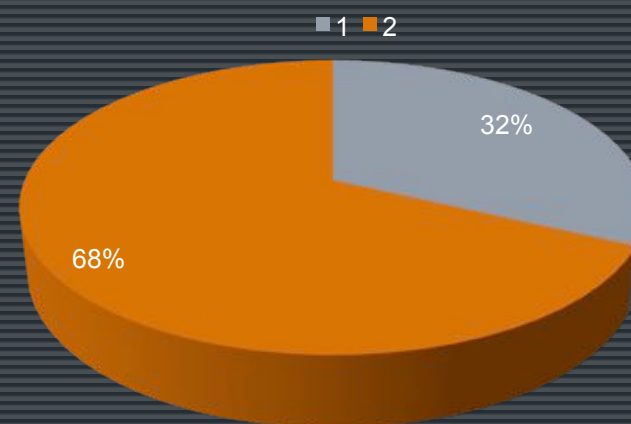
Гиперактивность

Диагностика аутизма после сенсорно-интегративной нейроабилитации

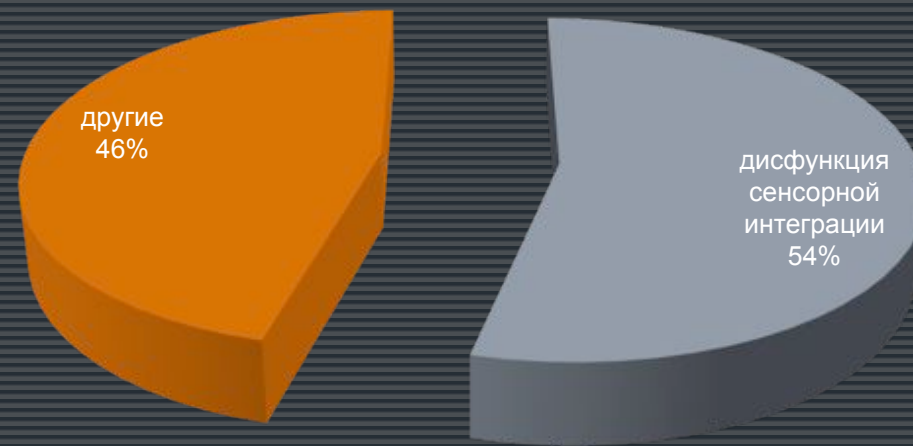
Динамика через 1 год

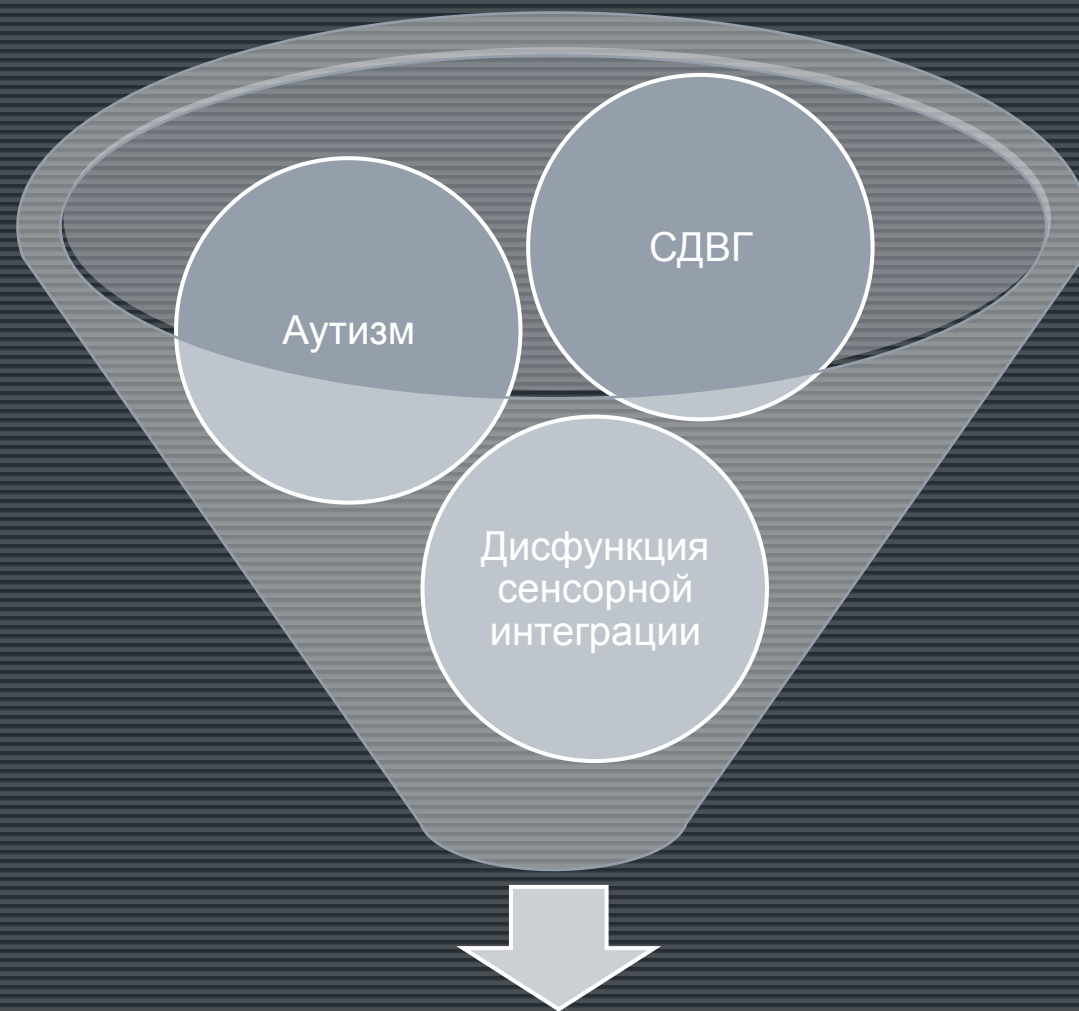


Динамика через 2 года



«Не-аутизм» – 32% (n=28) пациентов





Дифференциальный диагноз

Взаимоотношения

Аутизм

- 80-90% пациентов имеют симптомы дисфункции сенсорной интеграции (Miller L., 2007)

Дисфункция
сенсорной
интеграции

- 0% пациентов диагностировали аутизм (Miller L., 2007)



Сенсорная интеграция


- ❑ Взаимосвязь между сенсорной интеграцией и социальным и эмоциональным развитием невозможно переоценить
- ❑ Сенсорная интеграция обеспечивает основу для индивидуальной деятельности


Зачем теория практику?

- Это рамки для интерпретации результатов
- Это руководство для практических действий
 - Новые идеи
- Основа для рабочих гипотез для оценки и лечения

Дифференциальная диагностика нарушений аутистического спектра

- психические расстройства: аффективные расстройства (настроения); умственная отсталость; шизофрения, нарушения поведения; задержка психоречевого развития; расстройства развития импрессивной речевой функции
- тревожные расстройства: особенности поведения ребенка связаны с действием психотравмирующих факторов; невротический мутизм;
- синдром дефицита внимания с/без гиперактивностью;
- **дисфункция сенсорной интеграции;**
- расстройства развития школьных навыков: дислексия, дисграфия, дискалькулия;
- сенсоневральная тугоухость;
- резидуальные явления перенесенной черепно–мозговой травмы, нейроинфекции, интоксикации (церебрастенический синдром);
- астенический синдром при соматических заболеваниях;
- эндокринные заболевания (патология щитовидной железы);
- эпилепсия (абсансные формы; симптоматические, локально обусловленные формы; побочные эффекты противоэпилептической терапии);
- наследственные синдромы: Туретта, Вильямса, Смита–Мажениса, Беквита–Видемана, фрагильной X–хромосомы;
- индивидуальные особенности личности и темперамента: характеристики поведения активных детей не выходят за границы возрастной нормы, уровень развития высших психических функций хороший;

- 
- Необходимость выделения понятия «дисфункция сенсорной интеграции» сегодня диктуется практическими потребностями, что требует уточнения его клинического содержания.



Термином нарушение сенсорной обработки/ дисфункция сенсорной интеграции обозначается комплексное церебральное расстройство, при котором неправильно интерпретируется повседневная сенсорная информация как от окружающей среды, так и от собственного тела для использования в повседневной жизни

что приводит к нарушению

регуляции поведения

регуляции эмоций

развития речи

развития координации

как следствие влияет на

обучение, повседневные активности и социальную адаптацию

СЕНСОРНАЯ ОБРАБОТКА



Сенсорная детекция –
без-/ или сознательная реализация ощущений



Сенсорная модуляция –
способность регулировать и организовывать степень, интенсивность и природу ответов на сенсорный входящий сигнал в градуированной и адаптивной манере



Сенсорная дискриминация –
способность распознавать качества, сходства и различия среди сенсорных стимулов



Сенсорная интеграция –
неврологический процесс организации информации, как от окружающей среды, так и от собственного тела для использования в повседневной жизни

Дисфункция сенсорной интеграции



Нарушение сенсорной модуляции

гиперсенситивность

- Сенсорная защита

ГИПОСЕНСИТИВНОСТЬ

- Сенсорный поиск

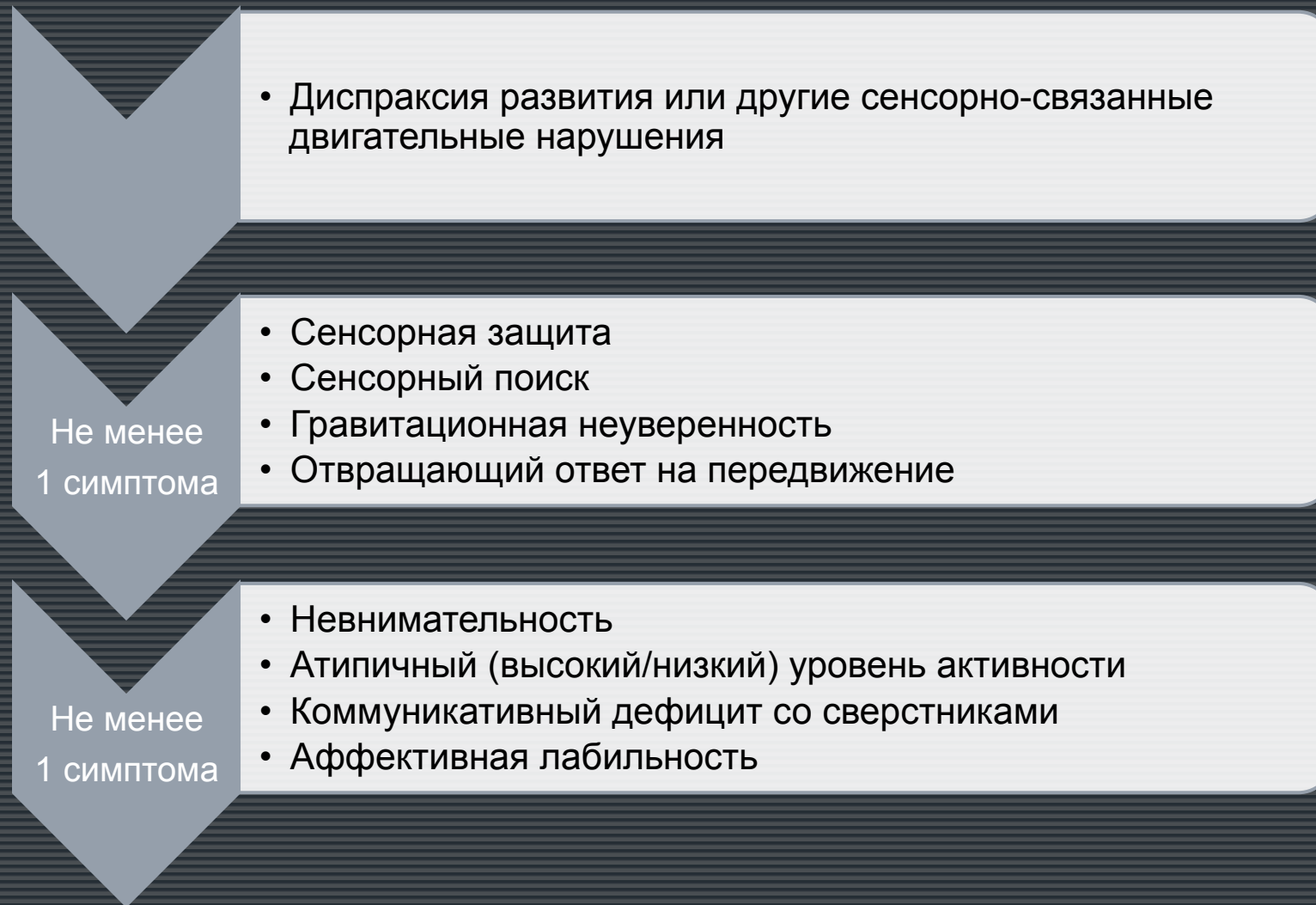
Дисфункция сенсорной интеграции

- В МКБ-10 диагноз дисфункции сенсорной интеграции отсутствует и существует проблема официального диагноза.
- В настоящее время рассматривается вопрос о признании дисфункции сенсорной интеграции как отдельной категории в новой версии DSM V - "Diagnostic and Statistics Manual of Mental disorders 5th ed."

Нарушения сенсорной обработки нашли отражение в трех диагностических классификациях:

- диагностической классификации психического здоровья и развития младенчества и раннего детства, исправленной версии (известная как «Zero to Three», 2005; DC: 0-3R, *Diagnostic Classification of mental health and Developmental Disorders of Infancy and early childhood, revised*);
- диагностическом руководстве младенчества и раннего возраста (*Diagnostic Manual for Infancy and early childhood of the Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (ICDL, 2005)*);
- диагностическом психодинамическом руководстве (*Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM), 2006 [206]*). Эти руководства включают диагностическую таксономию с подтипами нарушений сенсорной обработки

Дисфункция сенсорной интеграции (Садовская Ю.Е. и соавт., 2010)



Сенсорная защита

– неадекватное восприятие безобидного стимула;
один из наиболее ярких клинических проявлений
нарушений сенсорной модуляции.

Диагностические критерии сенсорной защиты (Т.Мау-Венсон,2006):

1. жесткие негативные ответы на сенсорный стимул, который обычно не отвергается другими людьми
2. ответы могут быть эмоциональными или поведенческими
3. гиперсенситивность к любым ощущениям, но чаще к тактильным и слуховым стимулам
4. проблемы усиливаются от действия стресса, могут флюктуировать во времени и быть ситуационно-зависимыми

Сенсорный поиск

– поведенческий паттерн, являющийся следствием недостаточного восприятия афферентных стимулов, проявляющийся чрезмерным стремлением к более интенсивному и продолжительному сенсорному опыту. Для детей с сенсорным поиском характерно [Miller L., 2007]:

- Постоянное стремление получать много сенсорных стимулов от окружающей среды и испытывают удовольствие от этого
- Отчетливые необычные предпочтения (например, движений, пищи, звуков, зрительных впечатлений, мелких предметов)
- Социально несоответствующие манеры и иногда недостаточное чувство безопасности в окружающем пространстве
- Трудности завершения ожидаемых заданий, особенно, если они не являются их собственным желанием
- Импульсивность и дезорганизованность поведения
- Постоянное нахождение в движении, занятость чем-либо, неугомонность и легкая возбудимость

Гравитационная неуверенность/ избегание передвижений

– выраженная тревога или беспокойство при перемещении снизу вверх в пространстве, вперед спиной или изменении положения головы, которые вызваны неадекватной модуляцией или подавлением ощущений, возникающих при стимуляции гравитационных рецепторов [Case-Smith J., 2005].

- Диагностируется, если возникает реакция страха, выходящая за рамки актуальной опасности, при изменении положения тела с отрывом ног от поверхности, например, с ориентацией вниз головой. Клинические симптомы, указывающие на гравитационную небезопасность: не прыгают, не кувыркаются, не любят (отвращающий ответ) лежать на спине, не любят ходить по неустойчивой поверхности, не любят лазить по лестницам, испытывают трудности перешагивания через предметы, ходьбы назад, карабкаться, ездить в автомобиле спиной к направлению движения, страх падений, при положении вниз головой.

Отвращающий ответ на движение/ непереносимость движения

- – сильный дискомфорт при быстром перемещении и вращении, то есть нарушение, связанное с дисфункцией модуляции сигналов вестибулярной системы, поступающих от рецепторов полукружных каналов. Диагностируется при возникновении симптомов морской болезни во время движения в автомобиле, самолете, пароходе (дискомфорт, тошнота, рвота, головокружение).

Сенсорно-связанные двигательные нарушения

Диспраксия –

- неврологическое нарушение процессов, вовлеченных в праксис или планирование целенаправленных движений, которые могут влиять на освоение новых и выполнение уже сформированных навыков
- «недосточность или незрелость в организации движения со связанными проблемами речи, восприятия и мышления»

(Фонд диспраксии Великобритании)

Нарушение зрительного контроля и позы

- характеризуются трудностями стабилизации и регулирования позы, глагодвигательной координации

Симптомы дисфункции сенсорной интеграции



Спектр нервно-психических нарушений развития. Расширенный аутистический фенотип



Примечание: ЗПР – задержка психического развития, тр.обуч. – трудности обучения, СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью; «---» линия - круг проблем нарушений сенсорной обработки.

Центр лечебной педагогики (г.Москва)
Диагностическая процедура при подозрении на дисфункцию сенсорной интеграции

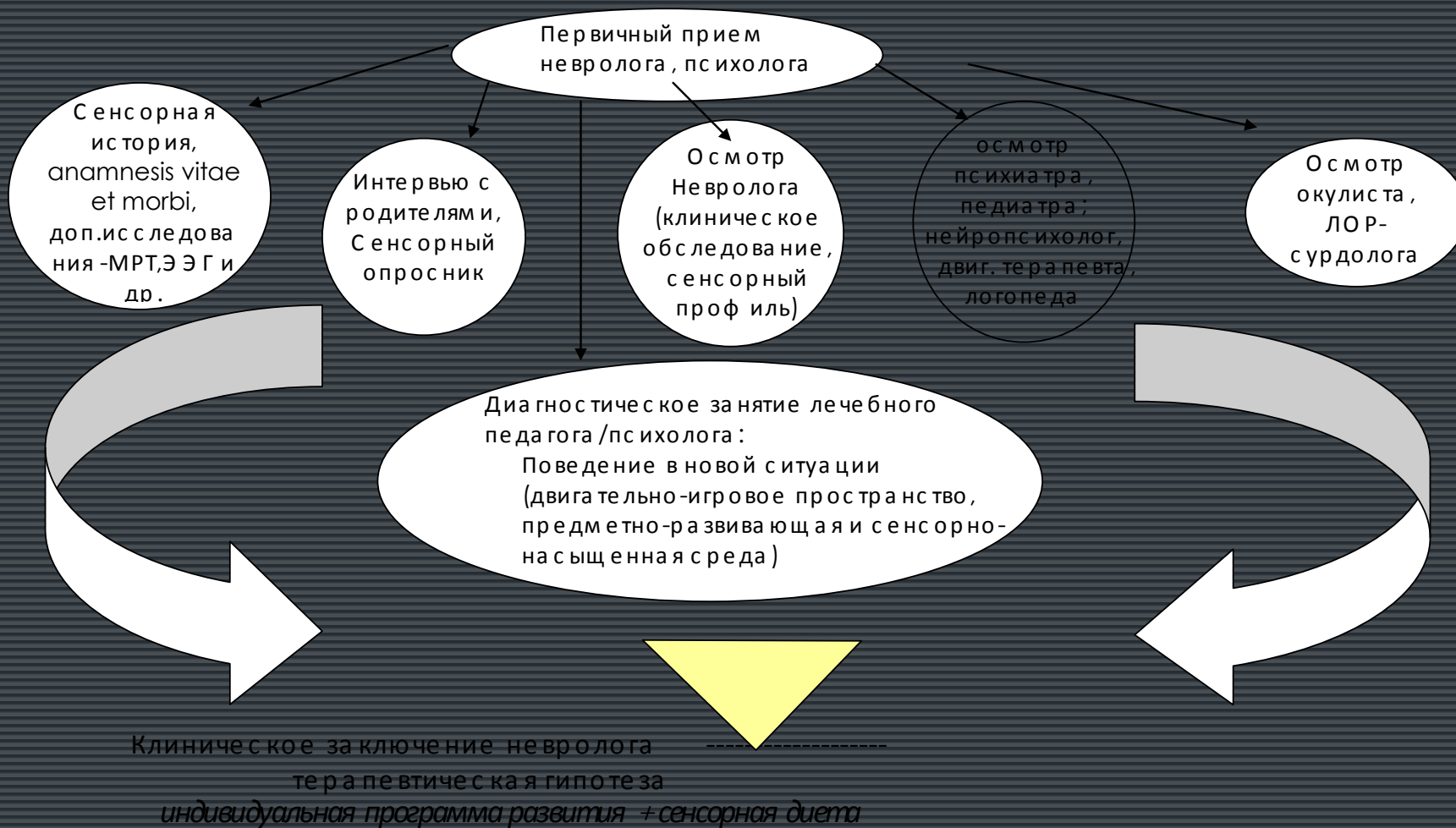



Рис. 24. Схема диагностики сенсорных нарушений и создания индивидуальной программы абилитации

Заключение

- Таким образом, средний возраст постановки диагноза аутизм составил $4,2 \pm 2,1$ года. На фоне лечения методом сенсорной интеграции у 32% из 107 пациентов дошкольного возраста диагноз аутизма не подтвержден, что требует особой тщательности, полноты и настороженности клиницистов при проведении диагностического этапа обследования.
- Взаимосвязь ключевых симптомов аутизма с проявлениями сенсорных дисфункций носит глобальный характер. Мы рекомендуем исследовать сенсорное и сенсомоторное развитие всем пациентам с аутистическим фенотипом. При проведении дифференциального диагноза следует рассматривать синдром нарушения сенсорной обработки или дисфункции сенсорной интеграции в дошкольном возрасте.

Осознаем



- Несвоевременная диагностика увеличивает риск формирования коморбидных психических расстройств и утяжеляют течение основного процесса

- 
- Мы бы хотели заложить **алгоритмы врачебных раздумий** при трудностях поведения в младшем и дошкольном возрасте



La Tendresse
Par Paul Lenoir

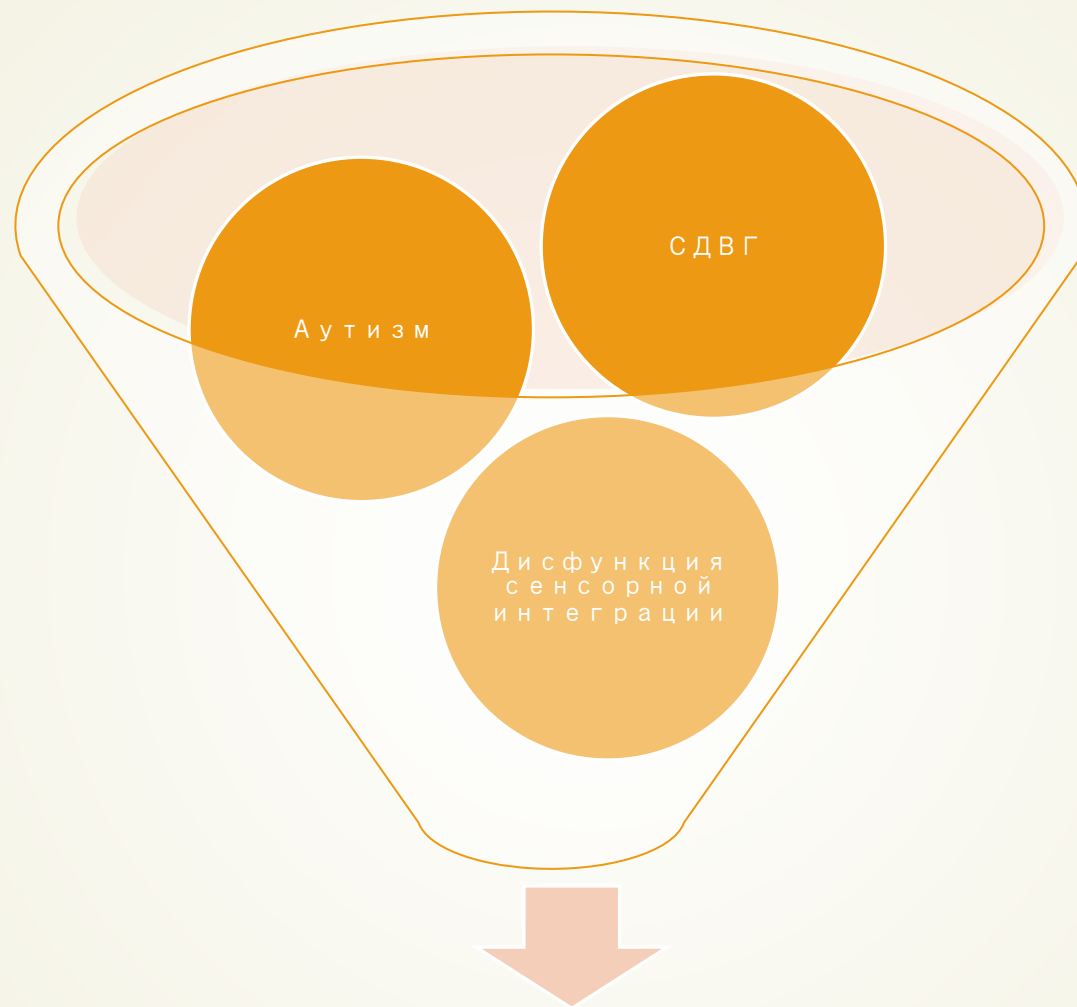
18 18:03

- 
- 
- следует тщательно разграничивать аутизм и круг состояний, сходных с ним по внешним проявлениям, но существенно отличающихся как по своим причинам, так и по методам коррекции
 - Volkmar с коллегами считают, что группа PDD NOS (Pervasive developmental disorders, PDD) вообще сформирована в основном по остаточному принципу, что делает её характеристики очень неопределёнными (Volkmar, State & Klin, 2009).



Дифференциальная диагностика

- ▶ между аутизмом и нарушением сенсорной обработки имеет большое значение, поскольку оба нарушения имеют сходные проявления
- ▶ Ключом при диагностике аутизма и нарушений сенсорной обработки является наличие большей степени проблем в области речи, игре, эмпатии и социальных навыков при аутизме. Адаптивное поведение, его динамика при направленном лечении, связано с прогнозом аутизма.



Д и ф ф е р е н ц и а л ь н ы й
д и а г н о з



Дисфункция сенсорной интеграции

- ▶ Необходимость выделения понятия «дисфункция сенсорной интеграции» сегодня диктуется практическими потребностями, что требует уточнения его клинического содержания.

Дисфункция сенсорной интеграции

- В МКБ-10 диагноз дисфункции сенсорной интеграции отсутствует и существует проблема официального диагноза.
- В настоящее время рассматривается вопрос о признании дисфункции сенсорной интеграции как отдельной категории в новой версии DSM V - "Diagnostic and Statistics Manual of Mental disorders 5th ed."

Нарушения сенсорной обработки нашли отражение в трех диагностических классификациях:

- диагностической классификации психического здоровья и развития младенчества и раннего детства, исправленной версии (известная как «Zero to Three», 2005; DC: 0-3R, *Diagnostic Classification of mental health and Developmental Disorders of Infancy and early childhood, revised*);
- диагностическом руководстве младенчества и раннего возраста (*Diagnostic Manual for Infancy and early childhood* of the Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders (ICDL, 2005))
- диагностическом психодинамическом руководстве (*Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM), 2006 [206]). Эти руководства включают диагностическую таксономию с подтипами нарушений сенсорной обработки

Диагностический алгоритм дисфункции сенсорной интеграции у детей дошкольного возраста (Садовская Ю.Е. и др., 2010 -

Новой медицинской технологии Росздравнадзора АА № 0001009 «Способ диагностики дисфункции сенсорной интеграции у детей дошкольного возраста»; . патента Российской Федерации на изобретение № 2010125975)

Не менее
1 симптома

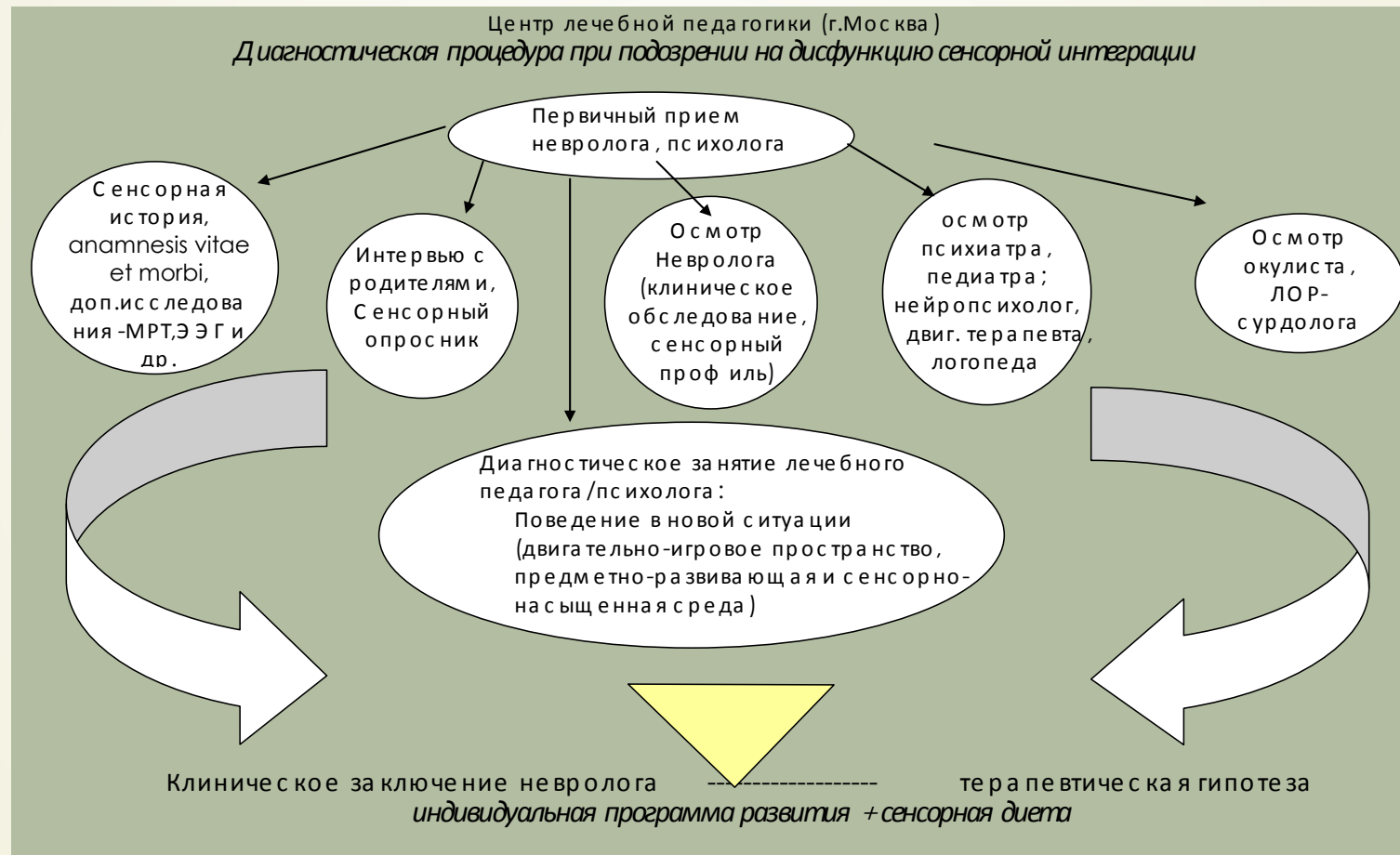
- Невнимательность
- Атипичный (высокий/низкий) уровень активности
- Аффективная лабильность
- Коммуникативный дефицит со сверстниками


Не менее
1 симптома

- Сенсорная защита
- Сенсорный поиск
- Гравитационная неуверенность
- Отвращающий ответ на передвижение

- Диспраксия развития или другие сенсорно-связанные двигательные нарушения

Модель диагностики нарушений сенсорной обработки и создания индивидуальной программы абилитации





В динамике наблюдения и лечения спустя 1 год на повторной медико-педагогической комиссии в 20,5% случаев, а через 2 года у 32% детей от первично обратившихся не подтвердился диагноз аутизма.

Среди других состояний были

- ▶ дисфункция сенсорной интеграции,
- ▶ задержка психо-речевого развития с задержкой развития эмоциональной регуляции;
- ▶ нейросенсорной тугоухостью,
- ▶ психотическими нарушениями,
- ▶ невротическим мутизмом и др.

Контакты

фонд
обнажённые
сердца



Официальный сайт Форума

www.forum.nakedheart.org

Официальный сайт Фонда помощи детям «Обнаженные сердца»

www.nakedheart.org

Фонд «Обнаженные сердца» в социальных сетях:



[@NakedHeart_Ru](https://twitter.com/NakedHeart_Ru)



[@NakedheartFoundation](https://www.instagram.com/NakedheartFoundation)



[NHFcharity](https://www.facebook.com/NHFcharity)



[NHFcharity](https://www.blogger.com/NHFcharity)



[nakedheartfoundation](https://www.youtube.com/nakedheartfoundation)

#ForumAutism