



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР
ПО ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ
С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

ул. Кашенкин Луг, д. 7, г. Москва, 127427; тел. (факс): +7 (495) 619-21-88
ул. Архитектора Власова д.19, стр.2, г. Москва, 117335; тел: +7 (499) 128-98-83



ЭКСПЕРТНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ВАЛИДНОСТИ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ «ПЛАН ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ АУТИЗМЕ» (ADOS-2)¹

Коллектив авторов научной лаборатории Федерального ресурсного центра
по организации комплексного сопровождения детей с РАС:

Сорокин А.Б. – канд. биол. наук, ведущий научный сотрудник

Мамохина У.А. – младший научный сотрудник

Москва, 2018

¹ Экспертное заключение подготовлено в рамках реализации НИР «Исследование прогностической валидности Плана диагностического обследования при аутизме (ADOS-2) на когорте русскоязычных испытуемых», 2018 г.

Экспертное заключение о прогностической валидности русскоязычной версии «Плана диагностического обследования при аутизме» (ADOS-2)

Экспертное заключение подготовлено на основе результатов апробации «Плана диагностического обследования при аутизме» ADOS-2, применяемого для обследования детей с подозрением на наличие расстройств в спектре аутизма. Апробация проведена в ходе реализации научно-исследовательской работы (НИР) по теме «Исследование прогностической валидности Плана диагностического обследования при аутизме (ADOS-2) на когорте русскоязычных испытуемых». Проект реализован в 2017-2018 годах в рамках государственного задания ФГБОУ ВО Московский государственный психолого-педагогический университет по обеспечению деятельности Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра (далее – ФРЦ РАС).

Введение

Расстройства в спектре аутизма являются одними из самых распространенных нарушений развития. Их превалентность достигает 1 на 59 детей (*Baio et al.*, 2018). При этом с проблемами выявления, классификации и описания сталкиваются специалисты разных специальностей. Во многих странах для уточнения клинического диагноза и определения диагностической группы используются стандартизированные методы диагностики аутизма, которые включают в себя «Интервью для диагностики аутизма» (ADI-R; *Rutter et al.*, 2003) и «План диагностического обследования при аутизме» ((ADOS-2; *Lord et al.*, 2012a, 2012b). Высокие значения чувствительности и специфичности этих инструментов «золотого стандарта» и, особенно, их совместного применения (*Falkmer et al.*, 2013), а также возможность собрать и обобщить большой массив данных сделали их незаменимыми методами, которыми пользуются специалисты клинических специальностей, учителя и исследователи. С недавнего времени ADI-R (*Ramner и др.*, 2014) и ADOS-2 (*Лорд и др.*, 2016) доступны на русском языке.

Проводимое исследование было организовано с целью апробации и

установления значений прогностической валидности перевода ADOS-2 на русский язык. Цель проекта - подтверждение обоснованности использования ADOS-2 в России и других странах, где распространен русский язык, в качестве диагностического инструмента.

Данные по прогностической валидности ADOS-2 станут основой для внедрения «Плана диагностического обследования при аутизме» в работу специалистов широкого профиля, сделают возможным подключение российских исследователей к международным мультицентровым научным проектам и повысят выявляемость и качество описания спектра аутизма в Российской Федерации и странах ближнего зарубежья.

Организация исследования

Апробационные площадки

Исследование проводилось на базе ФРЦ РАС и партнерских организаций: Университетская клиника ПИМУ Минздрава России (Нижний Новгород, Россия), Институт раннего вмешательства (Санкт-Петербург, Россия), центр Асыл Мирас (Астана, Алматы, Казахстан).

Структура выборки

В рамках проекта учитывались данные обследования 534 детей. Всего были проанализированы данные 303 детей, обследованных при помощи Модуля 1, 93 детей обследованных при помощи Модуля 2 и 76 детей, обследованных при помощи Модуля 3, а также 62 детей (15 мальчиков, 4 девочки, 43 - пол неизвестен; возраст от 1 года 3 месяцев до 3 лет 3 месяцев), обследованных при помощи модуля T для детей ясельного возраста. Возраст и распределение клинических диагнозов испытуемых, обследованных с помощью Модулей 1, 2 и 3, приведены в Таблице 1. Информация о поле и возрасте была доступна не для всех испытуемых из выборок партнерских организаций.

Таблица 1. Характеристика выборки для Модулей 1, 2 и 3 с указанием клинического диагноза, пола, возраста (*N* - число испытуемых, *M* - среднее значение).

Клинический диагноз	Диагноз в спектре аутизма	Вне спектра аутизма (другие нарушения развития и типичное развитие)
<i>N</i> (муж., жен., неизвестно)	408 (97, 27, 284)	64 (8, 5, 51)
Возраст <i>M</i> , лет (размах возраста, лет.)	5,73 (2 - 17)	5,33 (2 - 14)

Описание методики

ADOS-2 представляет собой относительно строго структурированный протокол наблюдения за особенностями поведения ребенка, подростка или взрослого с подозрением на наличие нарушения в спектре аутизма. Для этого испытуемому в игровой форме или форме естественного общения предлагаются разнообразные задания и темы для обсуждения. Набор заданий зависит от уровня владения экспрессивной речью, который учитывается при выборе модуля. Всего ADOS-2 включает в себя пять модулей: Модуль 1 для детей, которые используют для общения отдельные слова или не пользуются речью вообще, Модуль 2 для детей, которые используют для общения отдельные фразы и Модуль 3 для детей и подростков, речь которых можно охарактеризовать как беглую. Кроме того, для обследования бегло говорящих взрослых предусмотрены задания, организованные в Модуль 4, а для детей ясельного возраста от 12 до 30 месяцев – в новый модуль Т. При выборе модуля основным критерием является уровень владения экспрессивной речью, однако во внимание принимается также хронологический возраст и уместность материалов. Так, у детей до 3 лет, которые владеют речью бегло, рекомендуется проводить обследование при помощи модуля 2, так как требования модуля 3 могут оказаться завышенными. В данном исследовании все модули выбирались только на основании уровня владения экспрессивной речи, за исключением модуля Т, единственным критерием для которого являлся хронологический возраст обследуемого ребенка.

Примером задания Модулей Т, 1 и 2 является «Угощение», в котором ребенку предлагаются два типа еды на выбор. Специалист наблюдает, как

ребенок выражает просьбу, используя взгляд, жесты, протягивание рук, выражения лица, слова и вокализации. В Модулях 2, 3 и 4 присутствует задание «Составление рассказа по картинкам из книги», в фокусе наблюдения которого находится спонтанная речь испытуемого, его интересы, чувство юмора и понимание эмоций и отношений. Подробные указания о каждом задании приведены в руководстве к ADOS-2. На основании отмеченных форм поведения специалист заполняет раздел протокола «Шифровка», который включает в себя пункты оценки по пяти областям: «Речь и общение», «Социальное взаимодействие», «Игра» (в модулях Т, 1 и 2) или «Воображение» (в модулях 3 и 4), «Стереотипные формы поведения и ограниченные интересы», «Другие аномальные формы поведения». Затем шифры переносятся в алгоритм и суммарный балл сравнивается с пороговыми значениями для диагностических групп по ADOS-2 – *аутизм, спектр аутизма и вне спектра аутизма*. Кроме того, существует возможность определить степень выраженности аутистических проявлений по сравнению с другими испытуемыми того же возраста и уровня владения экспрессивной речью с подтвержденным диагнозом в спектре аутизма по десятибалльной шкале, которая распадается на четыре уровня: высокая степень, умеренная степень, низкая степень и минимальная степень/отсутствие симптомов. Для модуля Т, применяемого с детьми ясельного возраста, диагностические группы определяются только в исследовательских целях, в клинической практике рекомендуется ограничиваться указанием, насколько обоснованным является беспокойство по поводу того, что у ребенка есть нарушение в спектре аутизма.

Несмотря на хорошие психометрические показатели и большой объем информации, собираемый во время обследования, диагностическая группа ADOS-2 и степень выраженности аутистических проявлений по сравнительным шкалам никогда не используется изолированно. Как клиническим специалистам, так и учителям, и исследователям необходимо учитывать информацию из других источников, например, медицинской документации, интервью с родителями, учебных характеристик, и проявлять разумную осторожность при интерпретации результатов.

Оригинальная англоязычная версия ADOS-2 отличается внушительным психометрическим аппаратом, структура которого может являться основой

для планирования исследований в других странах. К настоящему моменту есть всего несколько исследований, которые следовали протоколу подтверждения надежности и валидности ADOS на других языках (*Papanikolaou et al.*, 2009; *Bölte, Poustka*, 2004), из них только одно, подтверждающее и уточняющее психометрические характеристики на основе второго издания методики (*Chojnicka, Pisula*, 2017). Необходимость валидации психометрических методик, переведенных на иностранные языки, объясняется культурными и социо-экономическими различиями между странами и популяциями. Валидизация повышает привлекательность методов для специалистов как исследовательского, так и клинического профиля, однако, она не должна обязательно приводить к изменениям в методике. В международном научном контексте ценным является подтверждение достаточной надежности и валидности оригинального психометрического аппарата, обеспечивающих сравнимость научных работ в разных странах.

Необходимо отметить, что первое издание ADOS изначально разрабатывалось как метод для исследовательских целей. Однако, ADOS и его второе издание ADOS-2 стали весьма популярны среди клинических специалистов, которые активно используют их в практической деятельности для уточнения диагноза или даже в качестве основного диагностического инструмента. С одной стороны, постановка диагноза на основании результатов одного обследования недопустима, с другой стороны, использование ADOS-2 в качестве диагностического инструмента должно поощряться, потому что сходимость результатов по ADOS-2 весьма высока и помимо установления диагностической группы он позволяет в относительно короткий период времени собрать большое количество важной информации для планирования лечения и психолого-педагогических вмешательств. В целом, есть два уровня использования ADOS-2: исследовательский и клинический. К исследовательскому уровню предъявляются более строгие требования, недопустимы отклонения от протокола, все задания должны быть выполнены, а специалист должен пройти обучение, состоящее из нескольких этапов и подтвердить достаточную компетенцию в части проведения обследования, а также сходимость результатов на уровне не менее 80% с более опытными пользователями ADOS-2, проводящими

семинары исследовательского уровня.

В настоящем исследовании большинство пользователей ADOS-2 имели достаточную квалификацию на клиническом уровне. В этом состояло ключевое отличие от исследования валидности и надежности оригинальной англоязычной версии, результаты которого представлены в руководстве. Оно опиралось на обследования специалистов, имеющих квалификацию на исследовательском уровне.

Процедура обследования

При обследовании с помощью Модуля Т, 1 и 2 родители или другие взрослые, которые хорошо знакомы ребенку присутствовали во время обследования, в соответствии с протоколом ADOS-2. В нескольких случаях это была бабушка или няня, которая приводила ребенка в школу. За несколькими исключениями, связанными с техническими сложностями или отказом родителей, проводилась видеозапись для исследования сходимости результатов между исследователями на следующих этапах НИР. Доступа к видеозаписям обследований, проведенных в партнерских организациях не было, однако единичные обследования проводились с консенсусной шифровкой, если они совпадали по времени с повышением квалификации, проводимом руководителем НИР.

Во время сессии специалист делал пометки, а сразу по окончании обследования проводил шифровку особенностей поведения в соответствии с протоколом. Каждый пункт шифровки оценивался по шкале от 0 (отсутствие нарушений) до 3 (выраженные нарушения). Для отдельных пунктов также учитывалась возможность выставления шифра 4. Кроме того, невозможность оценки описанной в пункте шифровки особенности поведения отмечалась шифром 7 (наличие другого нарушения в данной области), 8 (неприменимость пункта шифровки, например, отсутствие речи или серьезные моторные нарушения), 9 (ошибка исследователя, непредъявление задания по какой-либо причине). Четырнадцать из подобных шифров переносились в алгоритм для расчета суммарного балла по области «Общение и социальное взаимодействие (социальный аффект)» и «Ограниченные и повторяющиеся формы поведения». Суммарный балл по обеим областям сравнивался с предельными значениями для спектра аутизма

и аутизма, и, в случае превышения, выявлялась диагностическая классификация по ADOS-2 *аутизм* или *спектр аутизма*. Если значение суммарного балла было ниже предельного значения для спектра аутизма, то определялась диагностическая классификация по ADOS-2 *вне спектра аутизма*.

Если второй опытный специалист или специалист, проходящий обучение, присутствовал во время обследования, результаты индивидуальной шифровки сравнивались и заполнялся протокол консенсусной шифровки с последующим обсуждением расхождений в оценке. Подобная процедура являлась основной формой повышения квалификации и гарантии сходимости результатов между исследователями.

По результатам обследования составлялось заключение. Пример заключения приведен в Приложении 1.

В нескольких случаях родители детей проявили интерес к результатам обследования. Результаты сообщались в устной форме с указанием на степень выраженности аутистических проявлений по сравнению с другими детьми того же возраста и уровня владения экспрессивной речью с подтвержденным диагнозом в спектре аутизма. При этом родителям не озвучивались сырые баллы по отдельным областям и суммарный сырой балл. Если родители или другие взрослые присутствовали при обследовании, как предписано при использовании Модуля Т, 1 и Модуля 2, то по окончании обследования у них была возможность указать на нетипичность поведения ребенка во время сессии, однако ни в одном случае подобные различия не были достаточно значимыми для принятия решения о невключении обследования в экспериментальную группу или повторении сессии в другой день. В случаях, когда некооперативность ребенка, выполнявшего задания ADOS-2, приводила к тому, что обследование не было проведено в полном объеме, его результаты исключались из экспериментальной выборки. В единичных случаях приходилось менять модуль во время обследования, так как уровень речи, проявляемый ребенком, менялся. Эти обследования были проведены до конца, но не вошли в экспериментальную выборку.

Критерий kappa и процентная согласованность

Поскольку методика ADOS-2 используется специалистами разных

специальностей с разным уровнем опыта, необходимо, чтобы результаты, полученные разными экспертами, были согласованы, то есть, не различались в зависимости от индивидуальных особенностей наблюдателя. Для оценки согласованности мнений двух экспертов могут использоваться показатели процентной согласованности и каппа-критерий (каппа Коэна).

Для проведения анализа этих показателей необходимо, чтобы два (или более) эксперта, наблюдающих процедуру ADOS-2, независимо предоставили свои оценки по каждому пункту шифровки.

Процентная согласованность рассчитывается как выраженное в процентах отношение количества совпадающих оценок двух экспертов к общему количеству их оценок.

Критерий каппа считается более надежным, чем процентная согласованность, так как учитывает возможность случайного совпадения оценок экспертов. Критерий рассчитывается как отношение разности между наблюдаемой согласованностью (P_0) и ожидаемой вероятностью случайной согласованности (P_e) к разности между единицей и ожидаемой вероятностью случайной согласованности (P_e). При этом, P_0 — наблюдаемая согласованность (отношение количества совпадающих оценок экспертов к общему количеству оценок); P_e — ожидаемая вероятность случайной согласованности (сумма произведений количеств одинаковых оценок двух экспертов, деленная на квадрат общего количества оценок).

Показатель каппа может варьировать от -1 до 1 (при этом в практике значения ниже нуля встречаются редко, так как это указывает на уровень согласованности ниже случайного). В случае, если оценки экспертов полностью согласованы, каппа принимает значение 1. Значения более 0,60 являются достаточными для признания оценок экспертов согласованными.

Расчет процентной согласованности и критерия каппы для ADOS-2, используемого для русскоязычных испытуемых, требует дополнительного исследования. Однако в пилотном исследовании (для 22 пар наблюдений процедуры Модуля 3) были получены следующие результаты. Процентная согласованность для 12 шифров из 29 превышала 70%, в одном случае достигала 100%. Для этих шифров рассчитывался критерий каппа. Значение каппа превышало 0,60 для трех шифров: A1 (Общий уровень неотраженной речи), A5 (Предоставление информации) и E2 (Вспышки гнева, агрессии,

негативное или плохое поведение). В остальных случаях значение каппа превышало 0,45.

Эти данные свидетельствуют о достаточной согласованности на данном уровне внедрения ADOS-2 на русском языке. Согласованность оригинальной версии ADOS-2, как и другие психометрические показатели, изучалась на основании шифров опытных пользователей ADOS-2, владеющих методикой на исследовательском уровне и подтвердившие сходимость шифров протокола и алгоритма ADOS-2 на уровне не менее 80%. Специалисты данного исследования не обладали подобным опытом, многие из них были начинающими пользователями ADOS-2. Как и другие психометрические показатели ADOS-2, вопрос согласованности требует отдельного исследования в национальном мультицентровом валидизационном проекте.

Обследование детей ясельного возраста

Впервые была обследована когорта детей ясельного модуля при помощи модуля Т ADOS-2. Для этого возраста определяется не диагностическая группа, а выявляется степень обоснованности беспокойства по поводу наличия у ребенка расстройства в спектре аутизма. В зависимости от сырого балла выделяются диапазоны: от умеренного до высокого уровня, от низкого до умеренного уровня и от отсутствия признаков до незначительного уровня (Сорокин, Давыдова, 2017). В исследование модуля Т были включены дети, родители которых обращались с запросом о наличии нарушения развития (не обязательно в спектре аутизма). Распределение обследованных детей по диапазонам уровня беспокойства представлено в Таблице 2.

Таблица 2. Распределение испытуемых, обследованных по модулю Т, по диапазонам уровня беспокойства.

Диапазон уровня беспокойства	Количество испытуемых
От умеренного до высокого уровня	43
От низкого до умеренного уровня	14
От отсутствия признаков до незначительного уровня	5
Всего	62

В оригинальном издании ADOS-2 валидность модуля Т исследовалась

относительно диагностической категории, полученной при анализе всей информации о ребенке из разных источников, которая являлась оптимальным приближением (*best estimate*) к клиническому диагнозу. В России установление диагноза в спектре аутизма детям до трех лет имеет слишком недолгую историю, и соответствующие данные были доступны лишь для единичных случаев. Категории, установленные в рамках этого проекта, войдут в планируемое лонгитюдное исследование, предполагающее подтверждение или опровержение диагноза в спектре аутизма у ребенка более старшего возраста.

Расчет прогностической валидности

Одним из основных достоинств методики является высокая прогностическая валидность, а именно значения чувствительности, специфичности и положительной прогностической значимости. Они рассчитываются как отношение истинно положительных к сумме истинно положительных и ложно отрицательных результатов, отношение истинно отрицательных к сумме истинно отрицательных и ложно положительных результатов и отношение истинно положительных к сумме истинно и ложно положительных результатов соответственно. Чувствительность снижается при увеличении числа ложно отрицательных результатов, а специфичность и положительная прогностическая значимость снижаются при увеличении числа ложно положительных результатов. В случае сравнения диагностической группы по ADOS-2 с установленным клиническим диагнозом *аутизм* максимальная чувствительность будет указывать на то, что все дети с диагнозом *аутизм* будут выявлены и попадут в соответствующую диагностическую группу ADOS-2, максимальная специфичность будет указывать на то, что дети без аутизма не попадут в диагностическую группу *аутизм*, а максимальная положительная прогностическая значимость будет указывать на то, что у детей диагностической группы ADOS-2 *аутизм* действительно есть клинический диагноз *аутизм*.

Чувствительность на уровне 70% и выше считается достаточной для диагностических инструментов (*Sheldrick et al., 2015*).

В рамках данного исследования диагностические группы ADOS-2 спектр

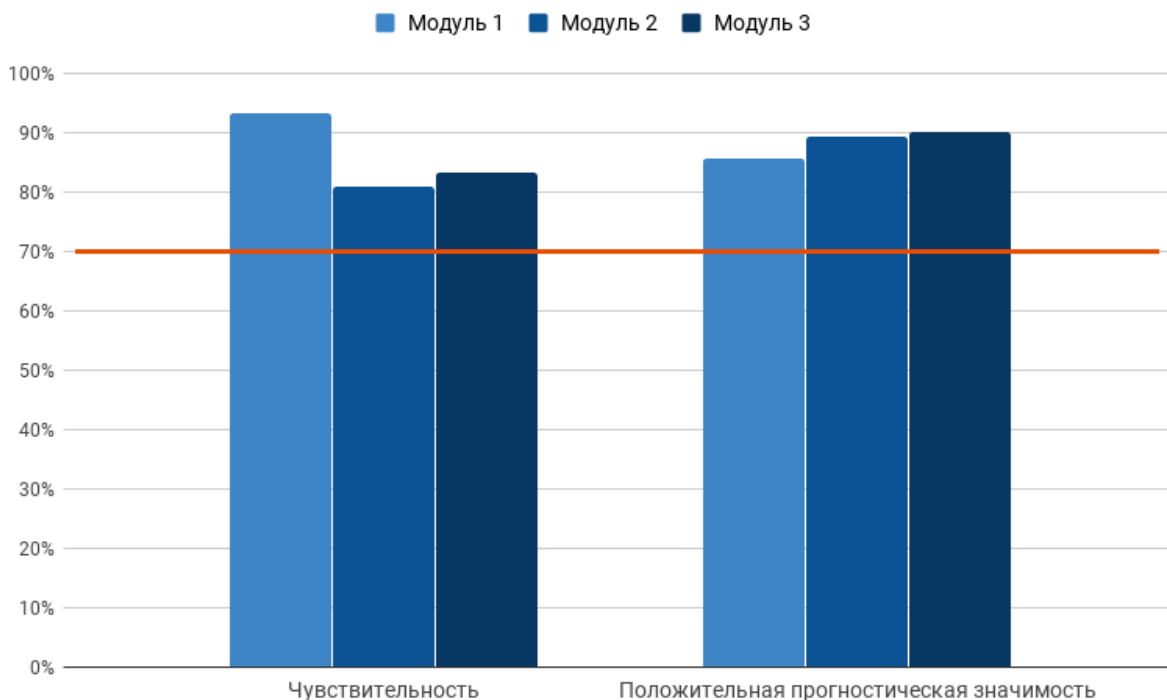
аутизма и аутизм были объединены, так как в литературе есть разногласия относительно целесообразности подобного разделения при использовании новых алгоритмов ADOS (*de Bildt et al., 2009; Chojnicka, Pisula, 2017*), и его изучение выходит за рамки этого исследования.

В пилотной части исследования чувствительность ADOS-2 для всех исследованных модулей вместе составила 89%, а положительная прогностическая значимость – 87% для пороговых значений *спектра аутизма* для каждого модуля и клинического диагноза аутизм и других нарушений в главе F84 МКБ-10, сюда же добавлялись описательные диагнозы со словом аутизм/аутистический/аутичный, которые не соответствовали формулировкам диагностических классификаций. Для отдельных модулей эти значения приведены в таблице 3 и наглядно показаны на рисунке 1.

Таблица 3. Значения чувствительности и положительной прогностической значимости для модулей ADOS-2.

Наименование модуля	Модуль 1	Модуль 2	Модуль 3
Чувствительность	93%	81%	83%
Положительная прогностическая значимость	86%	89%	90%

Рисунок 1. Чувствительность и положительная прогностическая значимость модулей 1, 2 и 3 ADOS-2.



Исследование специфичности вышло за рамки этой научно-исследовательской работы, так как объем выборки детей типичного развития и детей с другими нарушениями развития, кроме аутизма, оказался недостаточным. Соответственно число истинно положительных случаев было слишком низким для получения достоверного расчета по формуле специфичности.

Разумную осторожность следует проявлять при интерпретации данных о прогностической валидности, так как расчет показателей производился относительно клинического диагноза из медицинской документации, а иногда со слов родителей. Эти диагнозы соответствовали диагностическим критериям классификации МКБ-10, в то время как при валидации оригинальной версии диагноз ставился на основании критериев DSM-IV, при этом специалисты принимали участие в валидационном исследовании и, соответственно, внимательно относились к коморбидным и нетипичным случаям. В нашем исследовании для большинства испытуемых была доступна только информация об основном диагнозе, часто без указания сопутствующих состояний, в том числе аутизма.

Стабильность ADOS-2 требует дополнительного исследования, однако, в экспериментальной выборке данной работы были дети, обследованные при помощи ADOS-2 с большим перерывом. В одном случае, ребенок первый раз был обследован в 2014 году, а второй раз в 2018 году. За эти годы уровень владения экспрессивной речью изменился, и вместе с ним изменился модуль для обследования – с модуля 1 (отдельные слова) до модуля 3 (беглая речь). Диагностическая группа при этом осталась прежней (аутизм), сырой балл в 2014 году – 13 (ADOS), а в 2018 году – 16 (ADOS-2).

Выводы и перспективы

Исследование прогностической валидности ADOS-2 показало применимость инструмента на русском языке, при этом был заложен фундамент для подтверждения психометрических характеристик в национальном мультицентровом проекте. Неравномерность наполнения групп требует осторожности при интерпретации данных о прогностической валидности ADOS-2, однако следует отметить, что полученные значения чувствительности и положительной прогностической значимости превышают 80% и, таким образом, находятся в допустимых для диагностических инструментов пределах.

Ограничения этого проекта связаны с небольшим объемом групп сравнения и достоверностью клинического диагноза, относительно которого рассчитывались показатели валидности. Кроме того, дополнительные исследования необходимы для установления надежности, в том числе с применением тест-ретест подхода. Возможно, в будущем будут предложены предельные значения для отдельных алгоритмов ADOS-2 с лучшими психометрическими характеристиками, чем в оригинальной версии. Эти задачи будут решаться по мере накопления данных и повышения профессиональной компетенции специалистов, в том числе в рамках национальных мультицентровых проектов.

На основании полученных данных можно рекомендовать использование ADOS-2 в исследовательских и клинических целях специалистами медицинского и психолого-педагогического профиля.

Литература

1. Baio J, Wiggins L, Christensen DL et al. (2018) Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ* 2018; 67 (No.SS-6):1–23.
2. Bölte S., Poustka F. (2004). Diagnostic observation scale for autistic disorders: initial results of reliability and validity. *Z. Kinder Jug Psych.* 32 45–50.
3. Chojnicka I, Pisula E. (2017) Adaptation and Validation of the ADOS-2, Polish Version. *Front Psychol.* 2017 Nov 7;8:1916.
4. De Bildt A, Sytema S, van Lang NDJ, Minderaa RB, van Engeland H, de Jonge MV. (2009). Evaluation of the ADOS Revised Algorithm: The Applicability in 558 Dutch Children and Adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 39(9):1350-1358. doi:10.1007/s10803-009-0749-9.
5. Falkmer T, Anderson K, Falkmer M, Horlin C. (2013) Diagnostic procedures in autism spectrum disorders: a systematic literature review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* Jun;22(6):329-40.
6. Gotham K, Pickles A, Lord C. (2009) Standardizing ADOS scores for a measure of severity in autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 39(5):693–705.
7. Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi S. (1999). *Autism Diagnostic Observation Schedule: Manual.* Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
8. Lord C., Rutter M., DiLavore P., Risi S., Gotham K., Bishop S. L. (2012a). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part I): Modules 1-4.* Torrance, CA: Western Psychological Services.
9. Lord C., Luyster R. J., Gotham K., Guthrie W. (2012b). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) Manual (Part II): Toddler Module.* Torrance, CA: Western Psychological Services.
10. Papanikolaou K., Paliokosta E., Houliaras G., Vgenopoulou S., Giouroukou E., Pehlivanidis A. et al. (2009). Using the autism diagnostic interview-revised and the autism diagnostic observation schedule-generic for the

- diagnosis of autism spectrum disorders in a Greek sample with a wide range of intellectual abilities. *J. Autism Dev. Disord.* 39 414–420.
11. Rutter M., Le Couteur A., Lord C. (2003). *Autism Diagnostic Interview-Revised Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
 12. Sheldrick RC, Benneyan JC, Kiss IG, Briggs-Gowan MJ, Copeland W, Carter AS. (2015). Thresholds and accuracy in screening tools for early detection of psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines.* 56(9):936-948. doi:10.1111/jcpp.12442.
 13. Лорд К., Раттер М., ДиЛаворе П., Ризи С., Готэм К., Бишоп С., Лайстер Р., Гатри У. (2016) ADOS-2. План диагностического обследования при аутизме. Изд. 2-е: руководство / Пер. на русский язык и адаптация А. Сорокина, Е. Давыдовой, К. Салимовой при участии Е. Пшеничной. [Б. м.]: Western Psychological Services; Giunti O.S.
 14. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (1994) / Пер. / Предисл. Н. Сарториуса. [Б. м.]: [Б. и].
 15. Раттер М., Кутто Э., Лорд К. ADI-R. (2014) Интервью для диагностики аутизма: руководство / Пер. на русский язык и адаптация О. Донец, А. Моховикова, Д. Переверзевой, А. Сорокина. Под общ. ред. А. Сорокина. [Б. м.]: Western Psychological Services; Giunti O.S.
 16. Сорокин А.Б., Давыдова Е.Ю. Изучение особенностей поведения и общения у детей ясельного возраста с подозрением на наличие расстройства в спектре аутизма при помощи «Плана диагностического обследования при аутизме» ADOS-2. *Аутизм и нарушения развития.* 2017. Том 15. № 2. С. 38–44. doi:10.17759/autdd.2017150204

Директор ФРЦ РАС

_____ Хаустов А.В.

Заведующая научной лабораторией
ФРЦ РАС

_____ Горбачевская Н.Л.

Руководитель НИР

_____ Сорокин А.Б.

Исполнитель НИР

_____ Мамохина У.А.

Приложение 1. Пример заключения по результатам обследования ADOS-2

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования



«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ РЕСУРСНЫЙ ЦЕНТР

ПО ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ
ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

ул. Кашенкин Луг, д. 7, г. Москва, 127427 тел.: +7 (495) 619-21-88

Научная лаборатория ФРЦ

Психологическое заключение

Д., класс 3Е

Возраст: 9 лет

Дата рождения:

Дата обследования:

ADOS-2

Проводилось обследование при помощи Плана диагностического обследования при аутизме ADOS-2 – Модуль 3 (Беглая речь). Классификация по ADOS-2 – *вне спектра аутизма*. Степень выраженности аутистических проявлений по сравнительным шкалам – *низкая* (по сравнению с детьми с РАС того же возраста и уровня владения экспрессивной речью). Проявлялись как умеренные нарушения

социального аффекта (общения и социального взаимодействия), так и редкие стереотипные формы поведения. Обследование проводилось в рамках пилотного проекта.

Во время обследования неотраженная речь была представлена многочисленными сложными конструкциями и разнообразными типами предложений. Речь повышенной громкости. Несколько раз употребила фразы с нарушением регистра общения и ошибками в выборе слов (*“какая-то морда появилась”*, *“головная боль дома была”*). Спонтанно предоставляла информацию о себе. Задала один вопрос о специалисте. Разумно и последовательно рассказывает о необычном событии (*упала на празднике*). Обмен репликами в беседе поддерживала недостаточно для хронологического возраста. Часто использовала общепринятые и инструментальные жесты (*указывание, кивок*), редко - описательные.

Глазной контакт в целом устойчивый, модулированный, адекватный. Адресовала выражения лица другим с широким диапазоном эмоций и когнитивных состояний. Редко интегрировала более, чем две модальности для общения. Отчетливо разделяла удовольствие от взаимодействия во время нескольких видов деятельности. Назвала одну эмоцию другого человека (*испуг*). Проявила понимание нескольких типичных социальных отношений и своей роли в них.

Качество социальных инициатив снижено из-за непостоянной интеграции глазного контакта. Качество социальной реакции и частота взаимного социального общения достаточны для хронологического возраста.

Игровые действия и описания недостаточно креативны.

Фиксировалось периодическое обращение к одной и той же теме (*больно*) и навязчивое желание рассказать историю до конца без отчетливого компульсивного качества.

Несколько раз проявила тревогу (*просила закрыть дверь, отказалась говорить о воде*).

Диагностическая группа по ADOS-2 не является клиническим диагнозом и отражает только формы поведения и особенности общения, отмеченные во время обследования, продолжавшегося около 45 минут. Результаты должны интерпретироваться только в комплексе с другой информацией, в том числе с данными об истории развития.

(подпись)

