



ӘДІСТЕМЕЛІК НҰСҚАУЛЫҚТАР

**БАЛАЛАРДАҒЫ АУТИЗМ СПЕКТРІНІҢ
БҰЗЫЛЫСТАРЫН АЛҒАШҚЫ
МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК
ДЕНГЕЙІНДЕ ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАЛАУ**



«SDU UNIVERSITY» МЕКЕМЕСІ

Кошербаева Л.К., Бекетаева Г.К., Имаматдинова А.М.

ӘДІСТЕМЕЛІК НҰСҚАУЛЫҚТАР

**БАЛАЛАРДАҒЫ АУТИЗМ СПЕКТРІНІҢ
БҰЗЫЛЫСТАРЫН АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-
САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК ДЕҢГЕЙІНДЕ ЕРТЕ
ДИАГНОСТИКАЛАУ**

Алматы, 2023

ОӘЖ 616.896-053.2-07
КБЖ 56.12
P22

Рецензенттер:

Нурмаханова Ж.М. – С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университетінің №1 Жалпы дәрігерлік практика кафедрасының доценті.

Алтынбеков К.С. – медицина ғылымдарының докторы, Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығының бас директоры, Қазақстан Республикасының Денсаулық Сақтау Министрлігінің бас штаттан тыс психиатры.

Авторлар:

Кошербаева Л.К. – профессор, «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша PhD.

Бекетаева Г.К. – медицина ғылымдарының кандидаты, психиатр, отбасылық психотерапевт, балалар невропатологы.

Имамадинова А.М.– «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша PhD докторант.

Балалардағы аутизм спектрінің бұзылыстарын медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде ерте диагностикалау // Кошербаева Л.К., Бекетаева Г.К., Имамадинова А.М. - Алматы, 2023, - 83 б.

Соңғы жылдары бүкіл әлемде аутизм спектрінің бұзылыстарының (АСБ) өсуі байқалуда. АСБ туралы түсіну және осы саладағы соңғы жетістіктер туралы хабардар болу баланың жағдайын уақтылы талдауға және АСБ бар балалардың ата-аналары мен қамқоршыларына жан жақты қолдау көрсетуге мүмкіндік береді. Осы әдістемелік нұсқаулықтарда медициналық-санитарлық алғашқы көмек деңгейінде балалардағы АСБ таралуы және ерте диагностикасы мәселелері қаралды, АСБ жіктемесіндегі соңғы өзгерістер туралы ақпарат, сондай-ақ АСБ бар балалардың қамқоршыларын қолдаудың кейбір аспектілері ұсынылды. Ұсынылған әдістемелік нұсқаулықтар АСБ-мен байланысты барлық «араласуларды» қамтуды талап етпейді. Әдістемелік ұсынымдар медицина мамандарына, сондай-ақ басқа да мүдделі тараптарға арналған.

Әдістемелік нұсқаулықтар Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университетінің медицина және денсаулық факультетінің академиялық Кеңесінде бекітілген (№ 1 хаттама 14 қыркүйек 2023 ж.).

Бұл материалдар Қазақстан Республикасы Ғылым және жоғары білім министрлігінің Ғылым комитеті тарапынан қаржыландырылып: BR18574199 «Аутизм спектрінің бұзылыстары бар балаларды жан-жақты қолдау негізінде әлеуметтік-білім беру ортасына біріктіру: қиындықтар мен артықшылықтар» жоба шеңберінде дайындалған.

ISBN 978-601-7647-25-4

МАЗМҰНЫ

ҚЫСҚАРТУЛАР ТІЗІМІ	5
ТЕРМИНДЕР МЕН АНЫҚТАМАЛАР	6
КІРІСПЕ	8
1. АУТИЗМ СПЕКТРІНІҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫ ТУРАЛЫ ҚЫСҚАША АҚПАРАТ	10
1.1. Аутизм спектрінің бұзылыстарының анықтамасы және таралуы	10
1.2. Аутизм спектрінің бұзылыстарының этиологиясы және патогенезі	12
2. АУТИЗМ СПЕКТРІНІҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ ЖІКТЕЛУІ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАСЫ	20
2.1. Психикалық бұзылулардың диагностикасы мен статистикасы нұсқаулығы-5 бойынша негізгі өзгерістер, аутизмді диагностикалау критерийлері	20
2.2. Аутизм спектрінің бұзылыстарын бағалаудың негізгі процесі	28
2.3. Аутизм спектрінің бұзылыстары бар тәуекел тобындағы балаларды анықтау немесе скринингтеу	33
2.4. Аутизм спектрінің бұзылыстарын диагностикалау тәсілдері	38
2.5. Аутизм спектрінің бұзылыстары туралы нәтижелерді ұсынудың негізгі аспектілері	44
ҚОРЫТЫНДЫ	51
ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ДЕРЕККӨЗДЕРДІҢ ТІЗІМІ	53
1 қосымша	68
2 қосымша	71
3 қосымша	77
4 қосымша	81

ҚЫСҚАРТУЛАР ТІЗІМІ

ДНК	Дезоксирибонуклеин қышқылы
АХЖ (-10; 11)	Аурулардың халықаралық жіктелуі (оныншы; он бірінші қайта қарау)
МСАК	Медициналық-санитарлық алғашқы көмек
АСБ	Аутизм спектрінің бұзылыстары
НТГБ	Назар тапшылығының гиперактивтілігінің бұзылуы
ADA	Adjustment to the Diagnosis of Autism
ADI-R	Autism Diagnostic Interview – Revised
ADOS-2	Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition
ASQ-3	Ages and Stages Questionnaire Third Edition
CARS-2	Childhood Autism Rating Scale, Second Edition
CGBS	Care Giver Burden Score
CGI-S (- I)	Clinical Global Impression Scale (Improvement)
CSBS-DP	Communication and Symbolic Behavior Scales-
ITC	Developmental Profile Infant-Toddler Checklist
DISCO	Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders
DSM (-IV;5)	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Fourth; Fifth edition)
GARS-3	Gilliam Autism Rating Scale, Third Edition
IDS	Inventory for Depressive Symptomatology
ITSP	Infant/Toddler Sensory Profile
IQ	Intelligence Quotient
M-CHAT-R	Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised
PEDS	Parents Evaluation of Developmental Status
PTEN	Phosphatase and Tensin Homolog
RDoC	Research Domain Criteria
SORF	Systematic Observation of Red Flags
STAT	Screening Tool for Autism in Toddlers

ТЕРМИНДЕР МЕН АНЫҚТАМАЛАР

Анамнез – бұл пациенттің медициналық тарихы мен деректерінің жинағы.

Генотип – бұл ата-ананың екеуінен де тұқым қуалайтын организм гендерінің жиынтығы және олардың өзара байланысы, соның ішінде аллельдер және хромосомадағы гендердің бірігуі.

Гетерогенділік – бұл медициналық контексте белгілі бір ауру немесе жағдай шеңберіндегі симптомдардың, көріністердің немесе кіші түрлердің әртүрлілігі. Гетерогенділік популяциядағы немесе организмдер тобындағы генетикалық немесе биологиялық әртүрлілікке де қатысты болуы мүмкін.

Мета-анализ – бұл жалпыланған статистикалық бағалауды алу үшін белгілі бір тақырып бойынша бірнеше тәуелсіз зерттеулердің нәтижелерін біріктіретін әдістемелік тәсіл.

Коморбидтілік – бұл адамның бір уақытта пайда болған және патогенетикалық байланысты екі немесе одан да көп созылмалы аурулары бар жағдай.

Конкорданттық – бұл екі немесе одан да көп отбасы мүшелерінде ұқсас белгілердің немесе аурудың көрінісі. Генетикалық зерттеулер контекстінде конкорданттық әр түрлі отбасы мүшелеріндегі генетикалық бұзылыстың көрінісіндегі ұқсастықты көрсетеді.

Патогенез – бұл белгілі бір аурудың пайда болуына және көрінуіне әкелетін оқиғалар тізбегін, механизмдер мен факторларды қамтитын аурудың немесе бұзылыстың даму процесі.

Аутизм спектрінің бұзылуы – бұл нейropsychикалық дамудың бұзылуымен, ең алдымен элеуметтік өзара әрекеттесу, қарым-қатынас және мінез-құлық саласындағы бұзылулармен сипатталатын бұзылыстар тобы.

Скрининг – бұл тәуекел факторлары мен ауруларды ерте сатысында анықтауға арналған іс-шаралар кешені.

Стигматизация – бұл ауру, мүгедектік және т. б. сияқты ерекшеліктеріне немесе сипаттамаларына байланысты жеке адамға немесе адамдар тобына қатысты кемсітушілік немесе теріс / біржақты көзқарас.

Фенотип – бұл организмнің генотипінің қоршаған ортамен өзара әрекеттесуі нәтижесінде пайда болатын байқалатын сипаттамаларының немесе қасиеттерінің жиынтығы.

Лайкерт шкаласы – бұл белгілі бір мәселеге немесе құбылысқа қатысты адамдардың пікірлерін, сенімдерін немесе бағалауларын өлшеу үшін қолданылатын әдістемелік құрал.

Этиология – бұл аурудың немесе басқа патологиялық жағдайдың себептері.

КІРІСПЕ

Аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ) жүйке дамуындағы бұзылулардың барлық спектрін қамтиды. Бұл спектр қайталанатын мінез-құлық үлгілерімен, қызығушылықтарымен, іс-әрекеттерімен және әлеуметтік өзара әрекеттесудегі қиындықтармен сипатталады. АСБ бар балалар қоршаған орта өзгерген кезде абдырауда болады, өйткені олардың бейімделу мүмкіндіктері төмен. Симптомдар ерте балалық шақтан басталады және күнделікті өмірге әсер етеді. АСБ бар балаларда сөйлеу қиындықтары, интеллектуалды бұзылулар және эпилепсия жалпы халыққа қарағанда жиі кездеседі [1].

АСБ-ның жаһандық таралуы 10 000 тұрғынға шаққанда 65 кұрайды, басқа зерттеулер 0,72% жиынтық таралуын анықтайды [3]. Көбінесе АСБ 18 айдан асқан кезде анықталады, сонымен бірге тәжірибелі медицина мамандары АСБ көріністерін ерте жаста анықтай алады. Кейбір адамдарға АСБ диагнозы тек жасөспірім немесе ересек жаста қойылады. Бұл кідіріс АСБ бар адамдар қажетті көмекті ерте ала алмауы мүмкін дегенді білдіреді [2].

Соңғы онжылдықтарда АСБ бұрын ойлағаннан жиі кездесетіні туралы көбірек дәлелдер бар. Сондай-ақ, Michelle Somerton және бірлескен авторлары Қазақстанда жалпы практика дәрігерлері, психиатрлар, балалар невропатологтары және басқа да мамандар арасында қазіргі заманғы зерттеу біліміне сәйкес келмейтін аутизмнің этиологиясы мен көріністеріне қатысты жалпы қате түсініктер бар екенін анықтады [4].

Бұл фактіні білу медициналық-санитарлық алғашқы көмек (МСАК) мамандары үшін АСБ бойынша әдістемелік ұсыныстарды әзірлеуді қолдайды, өйткені осы саладағы медицина қызметкерлері басқа секторлармен (білім беру,

әлеуметтік қызметтер) үйлестіре отырып, ерте анықтаудың және кейіннен балаларға ең жақсы кешенді күтімді қамтамасыз етудің негізгі қатысушылары болып табылады. Олар сондай-ақ ақпарат беру, отбасына қолдау көрсету және басшылық ету және АСБ бар балалар/адамдардың қамқоршылары үшін ең қолайлы.

Бұл әдістемелік нұсқаулар мамандардың жұмысын жеңілдетеді және АСБ бар балалар мен олардың отбасыларына көрсетілетін медициналық көмектің сапасын жақсартады деп үміттенеміз.

1. АУТИЗМ СПЕКТРІНІҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫ ТУРАЛЫ ҚЫСҚАША АҚПАРАТ

1.1. Аутизм спектрінің бұзылыстарының анықтамасы және таралуы

«Аутизм» термині бастапқыда шизофрениямен ауыратын науқастарда өзін-өзі шеттетудің мінез-құлық симптомын сипаттау үшін енгізілген, психиатр доктор Leo Kanner және педиатр доктор Hans Asperger 1940 жылдары аутизм терминін әлеуметтік өзара әрекеттесу мен қарым-қатынастағы мінез-құлық айырмашылықтары бар балалардағы синдромды, сондай-ақ шектеуші және қайталанатын мүдделерді ұсыну үшін қабылдады [5,6].

Қазіргі уақытта аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ) әртүрлі жағдайларды қамтитын жүйке-даму бұзылыстарының әртүрлі тобы ретінде қарастырылады, соның ішінде Аспергер синдромы, Каннер синдромы, балалық аутизм, атипті аутизм, балалық шақтағы дезинтегративті бұзылыс және бірқатар хромосомалық және гендік синдромдар [7].

АСБ бұзылулардың үштігімен сипатталады: 1979 жылы Wing және Gould психиатрлары алғаш рет атап өткен әлеуметтік өзара әрекеттесу, байланыс және қиял бұзылыстары [8]. Бұзушылықтар триадасынан басқа, АСБ бар балаларда эхофеномендер жиі байқалады: эхолалия және эхопраксия (бұрын естіген сөздерді немесе сөз тіркестерін және басқа адамдарда байқалатын қимылдарды немесе ишараларды қайталау) [9], сондай-ақ сенсорлық мәселелер, соның ішінде дыбыстар сияқты әртүрлі тітіркендіргіштерге сезімталдықтың жоғарылауы немесе төмендеуі, жарық, иістер және текстуралар[10].

АСБ-ның жаһандық таралуы 10 000 шаққанда 65 құрады [2], басқа зерттеулер 0,72% жиынтық таралуын анықтайды [3]. Америка Құрама Штаттарында АСБ

таралуы 2008 жылдан 2018 жылға дейін 1,1%-дан 2,3% - ға дейін өсті [11], мұнда 4-8 жас аралығындағы балалар арасында таралуы 1,70 және 1,85% [12] болды, ал Еуропада 0,38-ден 1,55% - ға дейін және Азияда 0,36%, ерлерде 0,45%, бұл әйелдерден 0,18% жоғары [13].

2023 жылы ғалымдар өз зерттеулерінде аутизмнің бұзылуы үшін 0,72%, Аспергер синдромы үшін 0,25%, атипті аутизм – 0,13% мен дамудың первазивті бұзылуының біріккен тобы үшін 0,18% құрайтын АСБ таралу көрсеткіштерін анықтады[3].

Wang J бірлескен авторлармен АСБ 21/10 000 әйелдерге қарағанда 90/10 000 ер адамдарда жиі кездесетінін анықтады [14]. Zeidan және оның әріптестері жүргізген зерттеулердің бірінде ерлер мен әйелдердегі АСБ таралуының орташа арақатынасы 4:2 болды [2]. Бұл айырмашылықтың себептері әлі толық анық емес, бірақ соңғы зерттеулер кейбір эпигенетикалық құбылыстардың қатысуын көрсетеді. Олардың ішінде Y-байланысты гендердің жынысқа тән әсерлері, теңдестірілген және бұрмаланған X-инактивация, X-инактивациядан қашу, сондай-ақ ата-анадан шыққан аллельді ген бар [15,16]. Бұл эпигенетикалық механизмдер АСБ этиологиясына және аллель деңгейіндегі гендік реттеудің гетерогенділігіне, сондай-ақ жалпы ген экспрессиясына әсер етуі мүмкін.

Сондай-ақ, қыз балаларда келесі себептерге байланысты АСБ диагнозы дұрыс қойылмайды деген гипотезалар бар. Мысалы, олар әлеуметтік дағдыларды жақсырақ имитациялай алады және жақсырақ сөйлеу мен қиялмен әлеуметтік ынталы болуы мүмкін, бұл олардың белгілерін азырақ көрсетеді (бүркемелеу деп те аталады) [17]. Сонымен қатар, АСБ бар әйелдерге аутизм диагнозы қойылғанға дейін басқа психикалық денсаулық мәселелері бойынша жиі диагноз қойылады [18]. Осыған байланысты медицина мамандары әйелдерде диагноз қою мүмкіндігін

елемеуге бейім болуы мүмкін, бұл бағаланбауға немесе қате диагнозға әкеледі.

Қатар жүретін ақыл-ой кемістігі бар аутизм жағдайларының орташа пайызы 33,0% құрады [2].

АСБ жағдайларының көбеюі диагностикалық критерийлердің өзгеруіне, скрининг пен диагностикалық құралдардың тиімділігінің жоғарылауына және халықтың хабардарлығының артуына байланысты болуы мүмкін.

1.2. Аутизм спектрінің бұзылыстарының этиологиясы және патогенезі

АСБ – бұл әртүрлі факторлардың қатысуын білдіретін полиэтиологиялық сипаттағы бұзылулар тобы: генетикалық, нейробиологиялық, экологиялық, гормоналды және т. б., олардың қалыптасуы мен пайда болу процесінде [19].

АСБ *генетикалық этиологиясының* бір дәлелі – отбасылық оқиғаның болуы басқа отбасы мүшелерінің де осы диагнозға ұшырау ықтималдығын арттырады. Осылайша, отбасы ішіндегі АСБ қайталану қаупі жалпы популяция деңгейінен асып түседі [20,21]. Бірдей егіздердің үйлесімділік деңгейі 70-90%, ал бауырлас егіздердің үйлесімділік деңгейі 0-10% құрайды [22]. Фенотиптердің кең ауқымы бар, бірақ АСБ бар генетикалық біртекті науқастарда фенотиптік гетерогенділік аз болады [23]. Аутистикалық бұзылулары бар балалардың ата-аналарында аутистикалық көріністердің пайда болу жиілігі 25% немесе одан да көп; Сибс аутист балалардың 2-6%-ы бірдей аурумен ауырады, бұл популяциядағы аутизм бұзылыстарының таралуынан 60-100 есе көп [22,24,25]. 1-кестеде қарастыруға байланысты генетикалық бұзылулар келтірілген.

Алайда генетикалық факторлар жалғыз түсініктеме емес. Кейбір бағалаулар бойынша, АСБ жағдайларының

шамамен 10-20%-ы белгілі генетикалық мутациялармен негізделуі мүмкін, яғни жағдайлардың көпшілігі басқа факторларға байланысты [24].

Соңғы мәліметтерге сәйкес, АСБ-ға бейімділіктің 40-50%-ы *қоршаған орта факторларымен* анықталуы мүмкін [26].

Бұл факторлардың көпшілігі пренатальды кезеңге байланысты, оған қоршаған ортаның өзгеруі әсер етуі мүмкін материал [27]. Жүктілік кезіндегі ананың физикалық және психикалық денсаулығы ұрықтың дамуы мен денсаулығына әсер ететін маңызды факторлар болып табылады.

Жүктілік кезіндегі ананың метаболикалық синдромы, қан кетуі және инфекциясы баланың АСБ даму қаупімен байланысты себептердің бірі болып табылады. Оған қант диабеті, гипертония және семіздік сияқты жағдайлар кіреді [28, 29]. Бұл аурулар жатырда гипоксияны (оттегінің жетіспеушілігі) тудыруы мүмкін, бұл өз кезегінде мидың дамымауына, миелинизацияның өзгеруіне, мембраналардың адгезиясына және гиппокамптағы нейрондардың жетіспеушілігіне әкелуі мүмкін, бұл мидың АСБ дамуына белсенді қатысатын аймағы [30].

Жүктілік кезінде иммунитеттің тежелуі байқалады, бұл ананың өзін де, дамып келе жатқан эмбрионды да көптеген жұқпалы агенттерге сезімтал етеді [31]. Жұқпалы аурулардың ішінде ең қауіптісі: қызамық, қызылша, паротит, желшешек, тұмау, пневмония, мерез және цитомегаловирус болып табылады [32-34].

Жүктілік кезінде ананың тамақтану жағдайы мидың қалыпты дамуының маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. Фолий қышқылы, мырыш, темір, D дәрумені және омега-3 сияқты микроэлементтердің артық немесе жетіспеуі ұрықтың жүйке дамуының бұзылуына әкелуі мүмкін [35]. Салыстырмалы зерттеулер фолий

қышқылының жетіспеушілігі жағдайында дамитын балаларда АСБ қаупінің жоғарылауын анықтады [36]. Жүктілік кезінде дәрі-дәрмектерді қабылдау, әсіресе эпилепсия мен депрессияны емдеу үшін қолданылатын дәрілер диффузияның даму қаупімен байланысты. [26].

Тұжырымдамадағы ата-аналардың жасы да АСБ даму қаупінің жоғарылауына ықпал ететін ең ықтимал факторлардың біріне жатады [37]. Ананың жасы мен АСБ арасындағы корреляцияны мета-талдауды Sandin және бірлескен авторлары жүргізді. 25-29 жас аралығындағы аналармен салыстырғанда 35 жастан асқан аналар үшін салыстырмалы қауіп 1,52 болды [38]. Тағы бір зерттеу көрсеткендей, 55 жастан асқан әкелерде АСБ-мен туылу қаупі 50 жасқа дейінгі әкелерге қарағанда кем дегенде екі есе жоғары болды [39].

Зерттеулер ата-аналардың психиатриялық анамнезі, соның ішінде шизофрения жағдайлары АСБ даму қаупінің үш есе дерлік жоғарылағанын растайды [40]. Ұқсас байланыстар ананың депрессиясымен, мазасыздықпен және жеке басының бұзылуымен де кездеседі [41]. Өмір бойы психикалық ауруға шалдыққан аналар ғана емес, сонымен қатар жүктіліктің 21-32 аптасында депрессия, мазасыздық және қарқынды стрессті бастан кешіретіндер ұрықты эпигенетикалық механизмдерге ұшыратады. Бұл механизмдер ұрықтың стресске жауап беруіне жауап беретін гендердің экспрессиясына, сондай-ақ өмір бойы белсенді бола отырып, неврологияға, метаболизмге және физиологияға қатысты гендерге әсер етуі мүмкін [42].

Ананың ауыр психологиялық жағдайы, әсіресе ұзаққа созылған стресс, ұрықтың кортизол деңгейін жоғарылатуы мүмкін. Бұл ананың гипоталамус-гипофиз-бүйрек үсті осінің бұзылуына, кортизол сияқты бүйрек үсті стероидтерінің жоғарылауына және осы гормондар үшін плацентаның өткізгіштігінің жоғарылауына байланысты.

Мұндай әсерлер ұрықтың эпигеном арқылы дамуына айтарлықтай әсер етуі мүмкін, бұл физикалық және психикалық бұзылуларға, соның ішінде АСБ-ға жол ашады [43].

АСБ нейробиологиялық негізі. АСБ бар адамдарда мидың жекелеген бөліктерінің микроқұрылымы мен функционалдығында да, олардың арасындағы функционалдық байланыста да бұзылулар бар екені белгілі. Мидың бірқатар аймақтарында микроқұрылымдық ауытқулар, сұр зат көлемінің төмендеуі, нейрондық жасушалардың көлемінің азаюы және жасушалардың тығыз оралуы жиі анықталады. Мысалы, АСБ бар адамдарда адам миындағы ең үлкен нейрондардың - Пуркинье жасушаларының, ми қыртысының нейрондарының саны азаяды [44]. Пуркинье жасушалары тікелей және инверсиялық ішкі модельдер, қозғалыстарды синхрондау және қозғалыстың сенсорлық әсерін болжау шеңберінде бейімделу жаттығуларында маңызды рөл атқарады [45].

АСБ бар адамдар көбінесе **«ақыл теориясын»** (Theory of Mind) дамытуда қиындықтарға тап болады [46]. Олар басқалардың эмоцияларын, ниеттері мен ойларын түсінуде және болжауда қиындықтарға тап болуы мүмкін, бұл олардың басқалармен әлеуметтік және эмоционалды қарым-қатынас жасау қабілетіне әсер етеді [47]. Зерттеулерге сәйкес, бұл бұзылулар мидың амигдаласының дисфункциясынан туындауы мүмкін [48]. Амигдала әлеуметтік ақпаратты өңдеуге қатысады, оның негізгі компоненті басқалардың психикалық жағдайын түсіну және қорытынды жасау мүмкіндігі болып табылады [49].

Екінші жағынан, гиперактивтілік те, сонымен қатар мидың әртүрлі аймақтарындағы функционалдық бұзылуларға қатысты гиперактивтілік те байқалады. Диффузиялық-тензорлық бейнелеуді қолдану арқылы

талдау кезінде анықталған мидың әртүрлі аймақтары арасындағы қалыптан тыс байланыстар да құжатталған [50].

Аутоиммундық теория ағзаның иммундық жүйесі АСБ дамуында рөл атқаруы мүмкін деп болжайды. Зерттеулер белгілі бір аналық антиденелерден туындаған ұрықтың миының зақымдануы көптеген туа біткен бұзылулардың, соның ішінде аутизмнің дамуының негізгі факторы болуы мүмкін екенін көрсетеді [51,52]. Сонымен қатар, аутоиммунды аурулардың жиынтық отбасылық тарихы АСБ қаупін 28%-ға арттырады, ең маңызды қауіптер псориаз (59%), ревматоидты артрит (51%), 1 типті қант диабеті (49%) және гипотиреоз (64%) болып табылады [53].

Осылайша, АСБ әртүрлі факторларға байланысты күрделі патомеханизмдерге байланысты айтарлықтай өзгергіштікті көрсетеді. АСБ бар кейбір адамдар күнделікті өмірдің әртүрлі аспектілерін сәтті басқара алады, ал басқалары негізгі әрекеттерді орындау үшін айтарлықтай қолдауды қажет етеді. Бүгінгі таңда АСБ дамуының себептері мен механизмдері толық нақтыланбаған. Дегенмен, АСБ диагностикасының негізінде жатқан жалпы сипаттамалық белгілердің болуы осы бұзылысы бар адамдардың көпшілігіне тән негізгі патологиялық процестерді көрсетеді.

Кесте 1. Әдетте аутизм спектрінің бұзылыстарымен байланысты генетикалық бұзылулар

Синдром	Генетикалық аномалия	Клиникалық ерекшеліктері	Асқынулар	Генетикалық тест	Тұқымқуалау
1	2	3	4	5	6
Нәзік Х - хромосома синдромы (Мартин-Белл синдромы) [54]	X хромосомасында FMR1-де CGG тринуклеотидті қайталау жолын кеңейту.	Фронтальды презентация, ұзын жақ, үлкен аталық бездер, дамудың кешігуі (симптомдар әйелдерге карағанда ерлерде жиі кездеседі).	Оқу проблемалары, интеллектуалды қабілеттердің бұзылуы.	X-хромосомасындағы FMR1-де CGG тринуклеотидті қайталау жолын кеңейтуге талдау.	X-байланысты түрі.
Ангелман Синдромы [55,56]	15q11-q13 аналық жою, әкелік кемшілік, 15q11-q13 аналық аймақтың импринтинг ақауы, анадан алынған UBE3A патогендік нұсқасы.	Бас сүйек-бет ерекшеліктеріне тән, дамудың кешігуі, тамақтандыру қиындықтары.	Ұстамалар, ұйқының бұзылуы, семіздік.	ДНҚ метилденуін талдау, ДНҚ реттілігін талдау, UBE3A генінің жойылуын/қайталануын талдау.	Көптеген жағдайлар генетикалық өзгерістерге байланысты de novo қайталану қаупі өте төмен; Сирек – ауtosомды-доминантты тұқымқуалаушылықтың басып шығару үлгісі, теңгерімсіз транслокация, үздіксіздік.

1	2	3	4	5	6
Туберозный склероз [57]	TSC1 геніндегі (9-Хромосома) немесе TSC2 геніндегі (16-Хромосома) гетерозиготалы патогендік нұсқа	Ангиофиброма лица, участки шагреновой кожи, подногтевые фибромы, судороги. Бет ангиофибромасы, шагрень терісі аймақтары, субунгальды фибромалар, құрысулар	Мидың қатерсіз ісіктері, жүрек рабдомиомасы, бүйрек ангиомиолипомасы.	ДНҚ TSC1 және TSC2 гендерінің кодтау тізбегін талдау.	Аутосомды-доминантты түрі.
Синдром Ретта [58]	MECP2 (X хромосома) геніндегі гетерозиготалы патогендік нұсқа (әйелдер)	Стереотиптік қол қимылдары (әсіресе шапалақтау, сындыру), сілекей ағу, гипотоникалық бет әлпеті.	Ұйқының бұзылуы, тамақтанудың қиындауы.	MECP2 генінің кодтау тізбегін талдау.	X-байланысты түрі (зардап шеккен еркектерде ауыр неонатальды энцефалопатия бар).
PTEN-гамартм ісік синдромы [59]	PTEN супрессор геніндегі ұрық сызығының гетерозиготалы патогендік нұсқасы	Микроцефалия (бас шеңбері >орташадан 2,5 СО жоғары) 94%.	Қатерлі ісік қаупінің жоғарылауы (сүт безі, бүйрек, қалқанша без, тоқ ішек, эндометрия).	PTEN генінің кодтау тізбегін талдау.	Аутосомды-доминантты түрі.

1	2	3	4	5	6
Даун Синдромы [60]	Трисомия 21 хромосомалар	Эпикантус қатпарлары, қиғаш көз саңылаулары, аяқ пен қолдың қысқа саусақтары, брахицефалия, гипотония, дамудың кешігуі.	Туа біткен жүрек ақаулары, интеллектуалды қабілеттердің бұзылуы.	Кариотиптеу	Үздіксіздік, теңгерімсіз транслокация, мозаицизм; Ананың жасына байланысты қауіп артады.

2. АУТИЗМ СПЕКТРІНІҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫНЫҢ ЖІКТЕЛУІ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАСЫ

2.1. Психикалық бұзылулардың диагностикасы мен статистикасы нұсқаулығы-5 бойынша негізгі өзгерістер, аутизмді диагностикалау критерийлері

Қазақстан Республикасында, басқа елдердегідей, АСБ диагностикасы үшін АХЖ-10, «Психологиялық дамудың жалпы бұзылыстары» («Дамудың алғашқы бұзылыстары») F84 айдары қолданылады [61]. Диагностика және оның алгоритмі бойынша ақпарат Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызметтердің сапасы жөніндегі бірлескен комиссиясы 2021 жылғы 30 шілдедегі №145 мақұлдаған клиникалық хаттамада ұсынылған.

Бұл тарауда біз халықаралық тәжірибедегі жаңа өзгерістерге сәйкес АСБ бар балаларды анықтау және оларды басқару тәсілдері туралы қосымша ақпарат береміз.

Медициналық мамандар қолданатын диагностика мен жіктеу әдісі өзгерген сайын, бұл жағдайды кодтау күрделене түседі.

Психикалық бұзылулардың диагностикалық және статистикалық нұсқаулығының (DSM 5) 5-ші басылымында жеке диагноздар оларды АСБ деп аталатын кеңірек санаттың барлық өкілдері ретінде тұжырымдау үшін топтастырылды. Осылайша, DSM-5 DSM-IV-ден үш тәуелсіз диагнозды: Каннер синдромы (аутизм), Аспергер синдромы, дамудың анықталмаған алғашқы бұзылуы–симптомдардың ауырлығының әртүрлі деңгейлері және қажетті қолдау бойынша сараланған АСБ бірыңғай диагностикалық санатына біріктіреді. АХЖ-11 классификациясы сонымен қатар АХЖ-10 құрамына енгізілген Аспергер синдромын *жоққа шығарды*.

АХЖ-11 АСБ-ны нейропсихикалық дамудың бұзылуы ретінде жіктейді және пациент әлеуметтік қарым-қатынас саласында кем дегенде үш симптомды және кем дегенде екі шектеулі қызығушылық/ қайталанатын мінез-құлық белгілерін, соның ішінде сенсорлық ақпаратқа қосымша гипореактивтілікті немесе қоршаған ортаның сенсорлық аспектілеріне ерекше қызығушылықтарды көрсеткен кезде адамға АСБ диагнозы қойылады (кесте 2) [62]. 3-кестеде аутизм классификациясындағы өзгерістер келтірілген. Осылайша, АХЖ-11 сәйкес, АСБ «Психикалық және мінез-құлық бұзылыстары және нейропсихикалық даму бұзылыстары» тарауына енгізілген (код 06). АХЖ-11-де «Нейропсихикалық дамудың бұзылуы» бөлімі мыналарды қамтиды:

1. интеллектуалды дамудың бұзылуы;
2. сөйлеу дамуының бұзылуы;
3. аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ);
4. оқу дағдылары дамуының бұзылуы;

Кесте 2. DSM-IV және DSM-5 арасындағы айырмашылық

DSM-IV	DSM-5
<p>-Симптомдардың 3 санаты; -«Әлеуметтік бұзылыстар» санатына жатқызылған 6 диагностикалық пункт; - Аурудың басталуын 3 жасқа дейінгі кезеңде көрсетеді; - Балалық шақтағы дезинтеграция бұзылыс, Ретт ауруы, Аспергер синдромы, анықталмаған первазивті даму бұзылысы кіреді.</p>	<p>-2 санат; -«Әлеуметтік коммуникация және әлеуметтік өзара іс-қимыл» санатында мақұлданған 3 диагностикалық пункт; - Ерте дамуды көрсетеді; - Кіші түрлері жойылған; - Ауырлық дәрежесін анықтауға арналған параметрлерді қамтиды.</p>

Кесте 3. Аутизм классификациясының өзгеруі [63]

АХЖ-10 психикалық және мінез-құлық бұзылыстары (F00-F99)	АХЖ-11 психикалық және мінез-құлық бұзылыстары және нейropsихикалық дамудың бұзылуы (06); и соответствующие группы расстройств из других глав МКБ-11 (07; 08; Н).
1	2
Органикалық, оның ішінде симптоматикалық, психикалық бұзылулар (F00 – F09)	<ul style="list-style-type: none"> • Нейрокогнитивті бұзылулар (6D7 – 6E0Z); • Негізгі белгі ретінде нейрокогнитивті бұзылыстары бар бұзылулар (8A20 – 8A2Z).
Заттарды қолданумен байланысты (туындаған) психикалық және мінез-құлық бұзылыстары (F10 – F19)	<ul style="list-style-type: none"> • Заттарды қолдану немесе тәуелділік мінез-құлқына байланысты бұзылулар (6C40 – 6C5Z)
Шизофрения, шизотиптік және сандырақтық бұзылулар (F20 – F29)	<ul style="list-style-type: none"> • Шизофрения және басқа да негізгі психикалық бұзылулар (6A20 – 6A2Z); • Кататония (6A40 – 6A4Z).
Көңіл-күйдің бұзылуы (аффективті бұзылулар) (F30 – F39)	<ul style="list-style-type: none"> • Аффективті бұзылулар (6A60 – 6A8Z)
Невротикалық, стресске байланысты және соматоформалық бұзылулар (F40 – F48)	<ul style="list-style-type: none"> • Мазасыздық пен қорқынышқа байланысты бұзылулар (6B00 – 6B0Z); • Обсессивті-компульсивті және ұқсас бұзылулар (6B20 – 6B2Z); • Стресске байланысты бұзылулар (6B40 – 6B4Z); • Диссоциативті бұзылулар (6B60 – 6B6Z); • Дене сезімі мен төсушіліктің бұзылуы (6C20 – 6C2Z). •

1	2
<p>Физиологиялық бұзылулармен және физикалық факторлармен байланысты мінез-құлық синдромдары (F50 – F59)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Тамақтану бұзылыстары (6B80 – 6B8Z); • Жүктілікке, босануға немесе босанғаннан кейінгі кезеңге байланысты психикалық және мінез-құлық бұзылыстары (6E20 – 6E2Z); • Басқа тарауларда жіктелген бұзылуларға немесе ауруларға әсер ететін психологиялық және мінез-құлық факторлары (6E40 – 6E40Z).
<p>Ересек жастағы тұлғалық және мінез-құлық бұзылыстары (F60 – F69)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Шақыруды бақылаудың бұзылуы (6C70 – 6C7Z); • Тұлғаның бұзылуы және жеке қасиеттер (6D10 – 6D11.5); • Парафилиялық бұзылулар (6D30 – 6D3Z); • Имитацияланған бұзылулар (6D50 – 6D5Z); • Инсомнии (7A00 – 7A0Z); • Гиперсомнии (7A20 – 7A2Z); • Ұйқы-оянудың циркадиялық ағымының бұзылуы (7A60 – 7A6Z); • Гендерлік сәйкессіздік (HA60 – HA6Z).
<p>Ақыл-ойдың артта қалуы (F70 – F79)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Зияткерлік дамудың бұзылуы (6A00 – 6A00.Z)
<p>Психологиялық (психикалық) дамудың бұзылуы (F80 – F89)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Нейропсихикалық дамудың бұзылуы (6A00 – 6A06.Z)
<p>Әдетте балалық және жасөспірім кезінен басталатын эмоционалды және мінез-құлық бұзылыстары (F90 – F98)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Табиғи жөнелтілімдердің бұзылуы (6C00 – 6C0Z); • Деструктивті және әлеуметтік мінез-құлық бұзылыстары (6C90 – 6C9Z).
<p>Анықталмаған психикалық бұзылулар (F99 – F99)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Басқа тарауларда жіктелген бұзылулар мен ауруларға байланысты қайталама психикалық және мінез-құлық бұзылыстары (6E60 – 6E6Z)

5. қозғалыстарды үйлестіруді дамытудың бұзылуы;
6. назар тапшылығының гиперактивтілігінің бұзылуы (НТГБ);
7. стереотиптік қозғалыстардың бұзылуы;
8. нейропсихикалық дамудың басқа анықталған бұзылыстары;
9. нықталмаған нейропсихикалық дамудың бұзылуы [64].

АСБ-ны 6A02 кодымен анықтауға болады. АСБ классификациясын алу үшін адамның мінез-құлқы «Өзара әлеуметтік өзара әрекеттесу мен әлеуметтік коммуникацияны бастау және қолдау қабілетінің тұрақты жетіспеушілігімен» сипатталуы керек [64].

4-кестеде АХЖ-11 сәйкес интеллектуалды және тілдік даму деңгейіне байланысты АСБ кіші түрлері берілген. Бұл IQ деңгейі жоғары және жақсы сөйлейтін адамдардан бастап, ақыл-ой кемістігі және функционалды тілдің жоқтығы бар адамдарға дейінгі қабілеттердің барлық спектрін қамтиды [64].

Кесте 4. Аутизм спектрі бұзылыстарының кіші түрлері

Код	Зияткерлік дамудың бұзылуы	Сөйлеу функциясының бұзылуы
6A02.0	Бұзылу жоқ	Бұзылу жоқ / Жеңіл бұзушылық
6A02.1	Бұзылу бар	Бұзылу жоқ / Жеңіл бұзушылық
6A02.2	Бұзылу жоқ	Бұзылу бар
6A02.3	Бұзылу бар	Бұзылу бар
6A02.4	Бұзылу жоқ	Функционалды сөйлеудің болмауы
6A02.5	Бұзылу бар	Функционалды сөйлеудің болмауы

АСБ диагностикалық критерийлеріне сәйкес келу үшін балада әлеуметтік коммуникация мен өзара

әрекеттесудің үш саласының әрқайсысында тұрақты тапшылық болуы керек:

Әр түрлі контексте әлеуметтік коммуникация мен әлеуметтік өзара әрекеттесудегі тұрақты бұзылулар, қазіргі уақытта көрінеді немесе анамнезінде бар [65]:

1. Әлеуметтік-эмоционалды өзара қарым-қатынастың бұзылуы; аномальды әлеуметтік жақындасу ретінде және диалогты қалыпты түрде сақтай алмау; қызығушылықтар, эмоциялар алмасуының болмауы немесе төмендеуі; әлеуметтік өзара әрекеттесуді бастамау немесе оған жауап бере алмау;

2. Әлеуметтік өзара әрекеттесуде қолданылатын вербалды емес қарым-қатынас мінез-құлқындағы бұзылулар; ауызша және вербалды емес қарым-қатынастың нашар интеграциясындағыдай; аномальды көз байланысының болмауы немесе вербалды емес қарым-қатынасты түсіну мен қолданудың бұзылуы; мимика немесе ым-ишараның толық болмауына дейін;

3. Әлеуметтік қатынастарды орнатудағы, сақтаудағы және түсінудегі бұзылулар; әртүрлі әлеуметтік контексттерге бейімделу қиындықтары сияқты; немесе қиялды қажет ететін ойындарға қатысу; құрдастарына қызығушылық болмауына дейін.

Сонымен қатар, шектеулі, қайталанатын мінез-құлықтың төрт түрінің кем дегенде екеуі:

Мінез-құлық құрылымындағы, қызығушылықтардағы немесе әрекеттердегі шектеу, қайталану, бұл төмендегілердің кем дегенде екеуінде көрінеді [65]:

Стереотиптік немесе қайталанатын моторлық қозғалыстар, сөйлеу немесе объектілерді пайдалану (мысалы, қарапайым моторлы стереотиптер, ойыншықтар салу немесе заттарды қатарынан қою (реттеу), эхолалия, идиосинкратикалық тіркестер).

Өзгеріс болмауына деген шамадан тыс қажеттілік,

ережелерді немесе мінез-құлық үлгілерін икемсіз ұстану, ауызша немесе вербалды емес мінез-құлықтың ритуалданған түрлері (мысалы, шамалы өзгерістердегі өткір стресс, зейінді ауыстырудағы қиындықтар, икемсіз ойлау үлгілері, өзгермейтін маршрутты немесе тағамды талап ету).

Қарқындылығы немесе бағыты бойынша қалыптан тыс болатын өте шектеулі және тұрақты қызығушылықтар (мысалы, әдеттен тыс заттарға қатты жабысу немесе шамадан тыс алаңдаушылық пен құмарлық, тым шектеулі дүниемен ғана шұғылдану мен қызығушылық немесе табандылық).

Сыртқы сенсорлық ақпаратқа шамадан тыс немесе жеткіліксіз реакция немесе қоршаған ортаның сенсорлық аспектілеріне ерекше қызығушылық (мысалы, қоршаған ортаның ауырсынуына немесе температурасына немқұрайлылық, белгілі бір дыбыстарға немесе текстураларға теріс реакция, заттарды шамадан тыс иіскеу немесе ұстау, жарық көздеріне немесе қозғалыстағы заттарға таңдану).

Ауырлық дәрежесі әлеуметтік өзара әрекеттесудің бұзылуына және мінез-құлықтың шектеулі, қайталанатын үлгілеріне негізделген. Кез келген критерий үшін ауырлық үш деңгеймен сипатталады:

1-деңгей – Қолдауды қажет етеді;

2-деңгей – Айтарлықтай қолдауды қажет етеді;

3-деңгей – Өте қатты қолдауды қажет етеді.

Симптомдар дамудың ерте кезеңінде болуы керек (бірақ әлеуметтік талаптар шектеулі мүмкіндіктерден асып кетпейінше немесе кейінгі өмірде үйренген стратегиялармен жасырылғанға дейін толық көрінбеуі мүмкін).

Симптомдар әлеуметтік, кәсіптік немесе күнделікті жұмыс істеудің басқа да маңызды салаларында

клиникалық маңызды нашарлауды тудырады.

Бұл бұзылулар интеллектуалды мүгедектікке (ақыл-ой кемістігі) немесе дамудың жалпы кідірісіне байланысты емес. Интеллектуалды даму мен АСБ бұзылыстары жиі қатар өмір сүреді; АСБ үйлесімділігі мен ақыл-ой кемістігін диагностикалау үшін әлеуметтік байланыс жалпы даму деңгейінен төмен болуы керек [65].

Психиатриялық нозологиядағы жіктеу тәсілдерін талқылау бүкіл әлемде жүзеге асырылады, мысалы, ұлттық психикалық денсаулық институтының «Зерттеу пәнінің критерийлері» жобасы (Research Domain criteria; RDoc) [66]. RDoc-психикалық бұзылуларды зерттеуге арналған зерттеу алаңы, оның мақсаты психикалық бұзылуларды түсіну үшін биологиялық негізделген құрылымды қамтамасыз ету. Rdoc матрицасы алты жұмыс аймағын бөледі:

- теріс валенттілік жүйесі;
- оң валенттілік жүйесі;
- танымдық жүйелер;
- әлеуметтік процестер;
- қозу және реттеу жүйесі;
- сенсоримоторлы жүйелер;

әр түрлі субструкциялармен және сегіз талдау бірлігімен: гендер, молекулалар, жасушалар, схемалар, физиология, мінез-құлық, өзін-өзі есеп беру және парадигмалар. Осы матрица шеңберінде жалпы психологиялық және биологиялық жүйелердегі жұмыс пен дисфункцияның әртүрлі дәрежелерін сипаттауға болады, дегенмен бұл матрицаны клиникалық тәжірибеде диагноз қоюда қолдану қиын.

Осылайша, МСАК дәрігерлеріне оңай алмасуға болатын және түсінікті диагностикалық категориялар қажет, сондықтан АХЖ-11-дегі категориялық тәсіл жоғары клиникалық пайдалылықты қамтамасыз етеді, ал RDoc зерттеу контекстеріне сәйкес келеді [66, 67]. Психикалық

және мінез-құлық бұзылыстары және нейробиологиялық дамудың бұзылуы-бұл адамның когнитивті, эмоционалды реттелуіндегі немесе мінез-құлықтағы клиникалық маңызды бұзылулармен сипатталатын синдромдар, олар психикалық, биологиялық және психикалық және мінез-құлық қызметін анықтайтын дамуға байланысты процестерге әсер етеді. Бұл бұзылыстар әдетте жеке, отбасылық, әлеуметтік, оқу, кәсіптік немесе басқа да маңызды қызмет салаларындағы күйзеліске немесе бұзылуларға байланысты.

2.2. Аутизм спектрінің бұзылыстарын бағалаудың негізгі процесі

Алдын айтылғандай, АСБ-ның клиникалық белгілері-сөйлеу бұзылыстарының үштігі, әлеуметтік өзара әрекеттесу және қайталанатын немесе шектеулі мінез-құлықтың болуы. Сондай-ақ, АСБ көбінесе психологиялық және физиологиялық сияқты көптеген қатар жүретін аурулармен байланысты болуы мүмкін, мысалы, интеллектуалды дисфункция, мазасыздық, депрессия, назар тапшылығының бұзылуы және гиперактивтілік, импульсивтілік, құрысулар, асқазан-ішек жолдарының аурулары, сенсорлық дисфункция, қозу және агрессия, метаболикалық бұзылулар, ұйқының бұзылуы, моторлық дисфункция және иммундық жүйенің өзгеруі. реакциялар. Алайда, АСБ бар адамдарда барлық белгілер мен қатар жүретін аурулар бола бермейді, ал олардың ауырлығы әр түрлі болады. Бұл АСБ бар адамдардың клиникалық ерекшеліктерінің айтарлықтай гетерогенділігіне әкеледі.

АСБ белгілерінің күрделілігіне, ауырлығына және басқа психикалық бұзылулармен сәйкес келуіне байланысты АСБ-ны дұрыс диагностикалау үшін тиісті құралдар мен таразыларды қолдану маңызды, бұл АСБ бар науқастарды клиникалық басқаруды жақсартуға әсер етеді.

Демек, АСБ-ны бағалауды психиатрдан басқа психолог, арнайы тәрбиеші, аудиолог, логопед және басқа мамандардан тұратын көпсалалы топ жүргізуі маңызды (1-сурет). Батыс әлемінде мектеп мекемелеріндегі педагог-психологтар когнитивтік қабілеттер мен оқу дайындығының деңгейіне қосарлы баға береді. Сонымен қатар, кез-келген физикалық ауруларды тиімді емдеуге кепілдік беру үшін баланың педиатрын хабардар етіп отыру пайдалы.

АСБ белгілерінің ұзақ мерзімді өзгерістерінен басқа, сапалы медициналық көмек көрсету үшін физикалық және психикалық денсаулықтың ілеспе жағдайларын бағалау өте маңызды. Қосымша тексерулерге көрсеткіштер (дәрігердің физикалық және неврологиялық тексерулері) емтихан кезінде адамда пайда болатын белгілерді көлеңкелеуі, қабаттасуы немесе түсіндіруі мүмкін ілеспе жағдайларды анықтау үшін қажет. Кішкентай балаларда емделетін жағдайларды алып тастау үшін есту немесе визуалды тексерулер жүргізу қажет болуы мүмкін [68]. Дәрігерлер осы жағдайлардың белгілері мен симптомдары туралы белсенді түрде сұрауы керек, сондай-ақ басқа жағдайларды жоққа шығаруы керек (мысалы, есту қабілетінің бұзылуы), ілеспе жағдайлардың болуын бағалау (мысалы, құрысулар) және негізгі этиологияны табу керек (мысалы, генетикалық синдром).

Ауру тарихы (туу, қазіргі денсаулық жағдайы және отбасылық тарих), физикалық тексеру (өсу, дисморфологиялық ерекшеліктер, нейро және теріні бағалау) және аудиологиялық тексеру, генетикалық тестілеу (хромосомалар, нәзік х, микрочип) және электроэнцефалография, миды бейнелеу, метаболикалық тестілеу сияқты басқа да жағдайдарға байланысты қосымша зерттеулер мән-жайдың сипатына байланысты пайдалы болады. Дегенмен, инвазивтілікке, экономикалық

тиімділіктің жеткіліксіздігіне және кірістіліктің төмен көрсеткіштеріне байланысты ауқымды бағалауларды жүйелі түрде жүргізуге болмайды.



Сурет 1. Аутизм спектрінің бұзылыстарын бағалау тәсілі

Жоғарыда сипатталған тәсіл әдеттегі аутизмді жалпы емдеу мен болжамға қатысты күрделі аутизмнен ажыратуға көмектеседі, сонымен қатар ата-аналарға және олардың психологиялық біліміне негіз береді.

АСБ үшін диагностикалық маршруттың үш мақсаты (Кесте 5):

1. Мазасыздықты анықтау
2. Диагностика
 - клиникалық диагноз қою
 - диагностикалық топты нақтылау

3. Бағдарламаны құруға арналған тәртіп сипаттамасы

Кесте 5. Аутизм спектрінің бұзылыстарын диагностикалаудың негізгі кезеңдері

Ерте көмек кезеңдері	Диагностикалық шаралар
Баланың дамуы туралы алаңдаушылықты анықтау	Баланың дамуын динамикалық бақылау-педиатриялық қызмет
Бастапқы бағалау кезеңі (мазасыздықты растау немесе қабылдау)	Ерте медициналық көмек скринингі
Бағалау кезеңі	Дифференциалды диагностика және баланы диагностикалық топқа жатқызу
	Терең бағалау-бағдарламаны құру үшін баланың мінез-құлқын сипаттау
Жеке көмекті іске асыру кезеңі	Жетістіктерді бақылау

Диагностикалық бағалаудың мақсаты АСБ бар немесе жоқтығын анықтау болуы керек, сонымен қатар келесі бағыттарды қамтуы керек:

1. Тиісті салалардағы қызметке шолу;
2. Араласу қажеттіліктері мен бағыттарын анықтау;
3. Баланың ата-аналары/қамқоршылары/мұғалімдері түсінуі үшін көмек көрсету;

4. Күшті аймақтарды анықтау және араласуды жеңілдету үшін адамның тұтас портретін жасау.

2.3. Аутизм спектрінің бұзылыстары бар тәуекел тобындағы балаларды анықтау немесе скринингтеу

Дамуды бақылаудан тұратын баланы әдеттегі тексеру кезінде АСБ скринингін әдетте педиатр жүргізеді [69,70]; даму скринингі; даму диагностикасы. Американдық педиатрия академиясы барлық балаларға 18 және 24 айлық жаста АСБ скринингінен өтуге кеңес береді [69]. АСБ-ны ерте анықтау проблемалары бірыңғай скринингтік әдістердің болмауына байланысты, дегенмен біз төменде олардың кейбіріне тоқталамыз.

АСБ бар баланы анықтау Денсаулық сақтау, білім беру және әлеуметтік қызмет саласындағы бірқатар мамандар, сондай-ақ Қоғамдастық пен ата-аналарды немесе қамқоршыларды тарту арқылы жүзеге асырылады. 2-суретте АСБ бар балаларды анықтауға қатысушы мүдделі тараптар ұсынылған.

АСБ скринингтік құралдарының қолданыстағы түрлері:

1. *Жас және кезең бойынша сауалнама (Ages and Stages Questionnaire)*: АСБ-ны анықтау үшін негізінен әдебиеттерде ASQ-3-тің үшінші нұсқасы қолданылады [71,72,73], онда бір айдан бастап бес жыл алты айға дейін жасына байланысты жиырма бір сауалнама бар. Бағалаудың бес бағыты бар: ұсақ моторика, жалпы моторика, қарым-қатынас, мәселелерді шешу және жеке / әлеуметтік. Әр доменде «иә» (10 ұпай), кейде (5 ұпай) немесе «әлі жоқ» (0 ұпай) деп жауап беруге болатын алты сұрақ және тоғыз ашық сұрақ бар. Жалпы балл негізінде әр доменге «өтпеген», «мониторинг» немесе «өткен» коды беріледі. Егер балл белгіленген шекті мәннен төмен болса, онда бала осы салада тексерілмеді (яғни, скрининг нәтижесі оң) және одан әрі бағалау керектігін көрсетеді. Егер бағалау белгіленген шекті деңгейде болса, бұл алаңдаушылық

туғызады және оқу әрекеттерін жүргізу және баланың дамуын бақылау ұсынылады. Егер баланың ұпайы шекті деңгейден едәуір асып кетсе, бала сынақтан өтеді [74].



Сурет 2. Аутизм спектрінің бұзылыстары бар балалардағы скрининг процесіне қатысушылар

2. *Қарым-қатынас және символдық мінез-құлық шкалалары (Communication and Symbolic Behavior Scales-Developmental Profile Infant-Toddler Checklist (CSBS-DP ITC):* бұл жаһандық дамудың кешігуі, сөйлеудің жалпы кешігуі және 6 айдан 24 айға дейінгі аутизм сияқты көптеген бұзылуларды анықтайтын жалпы кең жолақты скрининг. 24 тармақтан тұратын бұл ата-аналарға арналған

сауалнама баланың қабілеттерін үш ішкі аймақ бойынша анықтайды: әлеуметтік және эмоционалды қарым-қатынас, рецептивті және экспрессивті сөйлеу және символдық мінез-құлық [75,76,77].

3. *Нәрестелердің/сәбилердің сенсорлық профилі (Infant/Toddler Sensory Profile – ITSP)*: 48 пункттен тұратын және 7-36 айлық балалардағы сенсорлық модуляция қабілеттерін өлшейтін қамқоршыларға арналған сауалнама (0-6 айлық сәбилерге арналған нұсқа да бар). Ата-аналар баласының мінез-құлық жиілігін 5 балдық шкала бойынша 1-ден (әрдайым дерлік) 5-ке дейін (ешқашан дерлік) бағалайды. Элементтер бес сенсорлық бөлімге топтастырылған, атап айтқанда: есту, визуалды өңдеу, тактильді өңдеу, вестибулярлық өңдеу және ауызша сенсорлық өңдеу. Содан кейін ұпайлар төрт квадрантқа топтастырылады, яғни төмен тіркеу, сезімдерді іздеу, сенсорлық сезімталдық және сезімдерден аулақ болу. Бөлімдер мен квадранттар бойынша ұпайлар жас нормаларына қатысты түсіндіріледі [78,79,80].

4. *Ата-аналардың баланың даму мәртебесін бағалау (Parents' Evaluation of Developmental Status – PEDS)*: бұл 0 жастан 8 жасқа дейінгі балаларды бақылау және скрининг құралы. Құрал даму, мінез-құлық және психикалық денсаулық мәселелерін анықтайды және шешеді. Құрал 10 санат бойынша 10 сұрақтан тұратын бір формада тұрады (экспрессивті сөйлеу, рецептивті сөйлеу, әлеуметтік-эмоционалды, мінез-құлық, ұсақ моторика, жалпы моторика, өзіне-өзі көмек, мектеп, танымдық қабілет және денсаулық). PEDS-тегі сұрақтар ата-аналардың жоғары/орташа/төмен қауіпті баласының дамуына деген көзқарасын анықтауға мүмкіндік береді. Жауап нұсқалары: иә, жоқ және аз. PEDS ұпайы әр жас диапазонына арналған бағандарды қамтиды және қандай мәселелер болжанатынын және қайсысы жоқ екенін анықтайды. PEDS

интерпретациясының формасында баланы бағыттау, одан әрі тексеру, бақылау, ата-аналарға кеңес беру немесе нәтижелерге қатысты оларды тыныштандыру туралы шешім қабылдау алгоритмі бар [81-85].

5. *Дабыл сигналдарын жүйелі бақылау (Systematic Observation of Red Flags – SORF)* — бұл қазіргі DSM-5 диагностикалық критерийлері негізінде бүлдіршіндердегі 22 АСБ дабыл сигналын анықтауға арналған және әр доменнен 11 элементі бар аутизм скринингінде бақылау шарасын қамтамасыз ететін кодтау жүйесі — әлеуметтік байланыс және шектеулі қайталанатын мінез-құлық. Мінез-құлық SURF-те 0-ден 3-ке дейінгі дәстүрлі жауап беру жүйесін қолдана отырып кодталады, мұнда 0 маңызды алаңдаушылықтың жоқтығын көрсетеді, ал 3 ауырлық пен мазасыздықтың ең жоғары деңгейін көрсетеді [86]. Бұл құрал нәрестелердегі АСБ даму қаупін анықтау үшін бақылаудың екінші деңгейінің скринингін өлшеу үшін жасалған [87].

6. *Сәбилер мен жас балалардағы аутизмді скринингтеу құралы (Screening Tool for Autism in Toddlers STAT)* ата-аналар бірден танымауы мүмкін нәзік бұзылуларды тікелей бақылауға мүмкіндік беретін қосымша скрининг әдісін ұсынады [88]. STAT – бұл 2-ші сатыдағы аутизм спектрінің бұзылуын (АСБ) скринингтеудің дәлелденген әдісі, оны қолдану 20 минутты алады және нақты критерийлерге сәйкес бағаланатын 12 ойын тапсырмасын қамтиды [89]. Бұл 24-36 айлық балаларды бағалауға арналған және АСБ-мен таныс білікті маман жүргізуді талап ететін бақылаушы ойын түріндегі скринингтеу, бұл оны қауымдастық жағдайында енгізу мүмкіндігін айтарлықтай төмендетеді.

7. *Балалар үшін аутизмге арналған өзгертілген скринингтік тест (M-CHAT-R)* – Қазақстандағы клиникалық хаттамаға сәйкес [61] МСАК деңгейінде

балаларға үшін аутизмге арналған М-СНАТ-R – модификацияланған скринингтік тестті пайдалана отырып скрининг жүргізу ұсынылады. СНАТ чеклисті Ұлыбританияда жасалған, аутизмге бағытталған алғашқы скринингтік құрал [90]. Robins және оның әріптестері оны 2001 жылы АҚШ-та қолдануға бейімдеп, М-СНАТ және [91] оның М-СНАТ- R модификациясын шығарды [92]. Жақында МСНАТ-R 18 және 24 айлық дені сау балаларда қолдану үшін екі сатылы бірінші деңгейлі АСБ скринингтік құралы ретінде мақұлданды. Бірінші кезеңде ата-аналар сау бала үшін М-СНАТ-R толтырады. 0-2-ге орындалмаған тапсырманы бағалау аутизм қаупінің төмендігін көрсетеді. М-СНАТ-R кейінгі сұхбаты ата-ананың жауаптары 3-7 баллмен орташа тәуекелді көрсеткенде қолданылады. Егер ата-ананың жауаптары жоғары тәуекелді көрсетсе (8 немесе одан жоғары балл), бақылау кезеңін өткізіп жіберіп, баланы дереу диагностикалық зерттеуге және ерте араласу үшін жарамдылығын бағалауға жіберуге болады.

Осылайша, қазіргі зерттеу екі сатылы скрининг процесі АСБ бар балаларды анықтауда тиімді болуы мүмкін деп болжайды. Кейбір авторлар бірінші деңгейлі скрининг ретінде PEDS немесе ASQ-3 бар екі сатылы скрининг үлгісін пайдалану арнайы АСБ скринингін қажет ететін балалардың санын азайтады деп санайды [73,93]. Шала туылған нәрестелерден басқа, М-СНАТ және CSBS-DP-ITC скринингтік сынақтары тиімді. М-СНАТ-R баланы профилактикалық тексерудің бір бөлігі ретінде пайдаланылуы мүмкін, сонымен қатар оны басқа мамандар немесе кәсіпқой мамандар АСБ қаупін бағалау үшін пайдалана алады. Бұл сынақты қолданатын адамдар М-СНАТ-R оң нәтижелерді анықтаған балалардың айтарлықтай санына қосымша дәйекті сұхбат енгізген кезде де АСБ диагнозы қойылмауы мүмкін екенін түсінуі керек. Алайда бұл балаларда басқа бұзылулар немесе дамудың кешігу қаупі жоғары. Демек, оң нәтиже көрсеткен әрбір баланың бағасы негізді болып

қалады және оның негізі бар [81]. Сондай-ақ, зерттеулер бірнеше скринингтік сынақты бір уақытта қолдану скринингтің сезімталдығын арттыратынын атап көрсетеді [94].

2.4. Аутизм спектрінің бұзылыстарын диагностикалау тәсілдері

АСБ диагностикасында клиникалық әдіс негізгі болып табылады. Онда негізгі орын науқастың мінез-құлқын объективті бақылауға және клиникалық сұхбатқа жатады (мүмкін болса, науқастың өзі және оның өкілдері). Объективті анамнез медициналық құжаттарды зерделеу, сондай-ақ пациенттің туыстарымен және мүмкіндігінше пациентпен әңгімелесу арқылы жиналады.

Анамнезді жинаудың мақсаты – деректерді алу:

–психикалық аурулардың тұқым қуалайтын ауырлығы;

–ананың акушерлік-гинекологиялық анамнезінің деректері, жүктілікке дейінгі және жүктілік кезеңіндегі оның денсаулық жағдайы (жүрек-қан тамырлары, эндокриндік аурулардың болуы және т. б.), пациенттің құрсақішілік және перинаталдық даму кезеңіндегі патогендік биологиялық әсерлер, босанғаннан кейінгі кезеңде өткен аурулар мен экзогендік бұзылулар туралы мәліметтер;

–экзогендік бұзылулар, стресстік жағдайларға жауап беру ерекшеліктері, психикалық жарақаттар;

–науқастың ерте психомоторлық дамуы, моториканың, сөйлеудің, коммуникативті функциялардың қалыптасу ерекшеліктері, әртүрлі жағдайларда, үйдегі мінез-құлық, ұйымдастырылған балалар ұжымдарында эмоционалды жауап беру;

–мектеп дағдыларын қалыптастыру ерекшеліктері,

пациенттің жеке басы, отбасылық және әлеуметтік мәртебесі, оның ішінде балалар ұжымындағы орны, басқа балалармен, мұғалімдермен, ата-аналармен және отбасының басқа мүшелерімен қарым-қатынасы; отбасының сипаттамасы және тәрбиенің ерекшеліктері, қатар жүретін аномальды психоәлеуметтік жағдайлардың болуы;

–әр түрлі даму кезеңдеріндегі науқастың психикалық жағдайы мен мінез-құлқының ерекшеліктері, өзіне-өзі қызмет көрсету дағдылары, әлеуметтік бейімделу деңгейі (қоршаған адамдармен өнімді байланыс орнату және қолдау, бар моральдық-этикалық және мәдени дәстүрлерді ескере отырып, өз мінез-құлқын құру қабілеті) туралы;

–ауру динамикасының ерекшеліктері (ауру ағымының сипаты);

–науқастың ата-аналары мен жақын туыстарының оңалту ұсынымдарын орындауының ұқыптылығы;

–жүргізілетін дәрілік терапияға төзімділік жағдайы;

–соматикалық және неврологиялық мәртебесі.

Австралиялық сарапшылар келесіге сәйкес медициналық бағалау кезінде ақпарат жиналып, жинақталуын ұсынады:

1. Функцияны бағалауда қарастырылған тақырыптарға шолу;

2. Нейропсихикалық даму мен мінез-құлыққа байланысты симптомдар;

3. Этиологиясы мен ілеспе жағдайлары бойынша тиісті биологиялық зерттеулер;

4. Өсу және даму мәртебесі;

5. Туа біткен ауытқулар және морфологиялық бұзылулар;

6. Неврологиялық мәртебе, дененің функционалды жағдайы, терінің күйі, зақымдануы, көру және есту [95].

Аутизмге тән даму тарихы контексте сипатталған мінез-құлықты түсіну үшін маңызды. Аутизмге тән диагностикалық құралдар баланың қазіргі қиындықтары мен даму тарихы туралы жүйелі түрде ақпарат жинауға пайдалы негіз бола алады (6-кесте).

АСБ клиникалық диагнозы әлеуметтік дамудың бұзылуы, қайталанатын мінез-құлық және қызығушылықтар сияқты кейбір негізгі белгілердің болуына негізделген. Сөйлеу дамуының кешігуі, оқудың бұзылуы және әлеуметтік өзара әрекеттесу қиындықтары АСБ-да жиі кездеседі.

АСБ қайталама белгілеріне агрессия, гиперактивтілік, импульсивтілік және мазасыздық пен депрессия сияқты қатар жүретін аурулардың пайда болуы жатады. АСБ негізгі ерекшелігі оның клиникалық ерекшеліктерінің гетерогенділігі. Көптеген психологиялық және физиологиялық қатар жүретін аурулармен қатар әртүрлі белгілер болуы мүмкін. 3 сурет осы белгілер мен қатар жүретін аурулардың әртүрлілігін көрсетеді.

Психикалық мәртебені анықтау ауруды талдаудың бастамасы болып табылады, өйткені ол «аурудың өткені мен болашағы» туралы ақпаратты қамтиды [101]. Балалар психиатр-дәрігерінің клиникалық тексеруі АСБ негізгі белгілерін анықтауды қамтамасыз етеді.

Кесте 6. Аутизмге тән диагностикалық құралдар

Атауы	Сипаттама
Аутизмді диагностикалауға арналған интервью-қайта қаралған (Autism Diagnostic Interview-Revised; ADI-R) [96]	бұл ата-аналарға арналған стандартталған және құрылымдалған сұхбат баланың даму тарихы туралы, сондай-ақ аутизмнің негізгі белгілерімен байланысты ақпарат алуға мүмкіндік береді.
Аутизмді диагностикалық бақылау кестесі, екінші басылым (Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition; ADOS-2) [97]	бұл баланың жасына және қарым-қатынас деңгейіне байланысты интервью түрінде жартылай құрылымдалған ойын немесе сұхбатты қамтитын стандартталған бағалау.
Әлеуметтік және коммуникациялық бұзылуларға арналған диагностикалық интервью (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders; DISCO) [98]	бұл баланың мінез-құлқы мен қажеттіліктерінің жалпы көрінісін алу үшін ата-анасымен немесе күтім жасаушымен қолданылатын жартылай құрылымды интервью.
Балалар аутизмін бағалау шкаласы, екінші басылым (Childhood Autism Rating Scale, Second Edition; CARS-2) [99]	бұл белгілі бір балада аутизмнің таралуы мен ауырлығын бағалау үшін ата-аналарға сауалнама жүргізу үшін қолданылатын мінез-құлық рейтингтік шкаласы.
Гиллиамның аутизмді бағалау шкаласы, үшінші басылым (Gilliam Autism Rating Scale, Third Edition; GARS-3) [100]	бұл аутизмнің таралуы мен ауырлығын анықтау үшін қолданылатын нормаға негізделген бағалау құралы.
Дамытушылық, кеңістіктік және диагностикалық интервью (Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview; 3Di100) [101]	бұл балалардағы аутизмді және онымен байланысты бұзылуларды диагностикалау үшін ата-аналарға сауалнама жүргізу кезінде шешім қабылдау алгоритмін қолданатын компьютерлік бағдарлама.

DSM-5



Сурет 3. Аутизм спектрінің бұзылыстарының клиникалық ерекшеліктері [102].

Науқастың психикалық жағдайын сипаттау кезінде бағаланады:

- науқастың мінез-құлқы;
- сөйлеу дамуының деңгейі, оның ішінде сөйлеу байланысын сақтау қабілеті,
- негізгі және ұсақ моториканың даму ерекшеліктері;
- ақыл-ой операцияларының қалыптасуы (талдау, синтез, себеп-салдарлық байланыстарды орнату);
- қоғам пациентінің айналасындағы әлем туралы білім деңгейі;
- мектеп жасындағы балаларда мектеп дағдылары мен алынған білімінің қалыптасуының сәйкестігін бағалау жүргізіледі;
- жеке әлеуметтік мінез-құлық;
- есте сақтау, интеллект, эмоционалды-ерікті саланың ерекшеліктері;
- тексеру кезінде бар психикалық және психоневрологиялық бұзылулар.

Баланың жасына сәйкес АСБ-ны анықтау:

Әдеби дереккөздер АСБ диагнозының ең көп тараған жасы 3 пен 5 жас аралығында екенін хабарлайды [103] және тек тәжірибелі дәрігерлер 2 жасында сенімді және негізделген диагноз қоя алады [104,105]. АСБ балаларының едәуір бөлігі мектеп жасында, оларға қойылатын әлеуметтік және коммуникативтік талаптар айтарлықтай жоғарылаған кезде ғана анықталады [106]. АСБ-ның кейбір негізгі белгілері және/немесе симптомдары 7-кестеде келтірілген.

Белгілі бір мінез-құлықтың жиілігінің немесе вариациясының төмендеуі байқалғанына қарамастан, бағалау бір жыныстағы құрдастарымен және танымдық қабілеттерімен салыстырғанда жүргізілуі керек.

2.5. Аутизм спектрінің бұзылыстары туралы нәтижелерді ұсынудың негізгі аспектілері

Диагноз кезінде ата-аналардың эмоциялары мен реакциялары: АСБ диагнозы бірқатар реакцияларды тудыруы мүмкін. Теріс реакцияларға шок, көңілсіздік, күйзеліс пен ашу сезімі, сондай-ақ стигматизация және басқалардың басқа да жағымсыз реакциялары туралы алаңдаушылық жатады. Бірқатар зерттеулер ата-аналардың АСБ диагнозы ұят пен оқшаулануға әкелетін стигмамен байланысты деп санайтынын хабарлады. Оң реакциялар диагноздың жеке тұлғаның мінез-құлқы мен бұрынғы тәжірибесі туралы түсінік беретінін және түсіндіретінін жеңілдету мен растауды қамтиды.

Диагнозға жауап жеке адамға қызмет көрсетуге әсер етуі мүмкін, сондықтан АСБ проблемаларын бағалауға қатысатын барлық мамандардың бағалау нәтижелерінің ықтимал жеке салдарын түсінуі өте маңызды [107].

Сонымен қатар, ата-аналар үшін баласына қолдау табу маңызды, бұл дәрігерлерді, психикалық денсаулық мамандарын, терапевттерді, сондай-ақ кейбір жағдайларда ата-ананы немесе қамқоршыны АСБ бар баланы қалай тәрбиелеу керектігін оқыта алатын үкіметтік емес ұйымдарды іздеуді қамтиды.

Сондай-ақ, баланың АСБ диагнозына ата-ананың реакциясы ата-ана үшін де, бала үшін де бірқатар салдармен байланысты екендігі анықталды; шешілмеген немесе танылмаған АСБ диагноздары ата-аналардың психикалық денсаулығының нашарлауын болжайды [108].

1-4-қосымшада АСБ бар балалардың ата-аналарының немесе қамқоршыларының психологиялық жағдайын бағалауға арналған қосымша құралдар ұсынылған.

Кесте 7. Ерте балалық шақтағы аутизм спектрінің бұзылуының негізгі белгілері және / немесе симптомдары [95,106]

Аспект	0-5 жас араслығындағыларға ұсыныстар	6-16 жас аралығындағыларға ұсыныстар	17 жастан асқандарға ұсыныстар
1	2	3	4
Сөйлеу:	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Сөйлеудің былдыр немесе сөз деңгейінде кешігу ➢ Қарым-қатынас үшін сөйлеуді пайдалануды азайту ➢ Сөйлеу және тілдік дағдылардағы регресс ➢ Лезде, тежелген немесе жұмсартылған жағдайда болуы мүмкін басқа біреудің сөзін қайталау («эхололия») 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Үнсіздіктің басым болуы ➢ Сөйлеудің басым болуы ➢ Монотонды тон ➢ Белгілі бір сөз тіркестерін жиі қолдана отырып немесе қызығушылық тудыратын тақырыптар бойынша артық ақпарат басым болатын мазмұнмен қайталау, ➢ Екі жақты әңгіме емес, монологтардың басым болуы 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Үнсіздіктің басым болуы ➢ Монотонды тон ➢ Белгілі бір сөз тіркестерін жиі қолдана отырып немесе тақырыптар бойынша артық ақпарат басым болатын мазмұнмен қайталау ➢ Екі жақты әңгіме емес, монологтардың басым болуы ➢ Шағын әңгіме жүргізудегі қиындықтар ➢ Тіктік
Басқа адамдарға реакция	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Атын атағанда реакция болмауы немесе кешіктірілген реакциясы (қалыпты есту жағдайында) ➢ Басқа адамдардың күлімсіреуіне сезімталдықтың төмендеуі 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Басқа адамдардың мимикасына реакцияның төмендеуі ➢ Атына реакцияның төмендеуі (қалыпты есту жағдайында) ➢ Әлеуметтік реакциялардың қысқартылған жиынтығы ➢ Вербалды емес сигналдарды түсіну қабілетінің төмендеуі ➢ Шағын әңгіме жүргізудегі қиындықтар ➢ Басқа адамдардың күлімсіреуіне сезімталдықтың төмендеуі 	

1	2	3	4
<p>Басқа адамдармен өзара әрекеттесу</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Басқаларға әлеуметтік қызығушылықтың төмендеуі ➤ Басқалардың әрекеттеріне еліктеудің төмендеуі ➤ Басқа адамдармен әлеуметтік ойындарды бастаудың төмендеуі ➤ Көптеген балаларға ұнайтын жағдайлардан ләззат алудың азаюы (мысалы, туған күн кештері) ➤ Қуанышты басқалармен бөлісуге деген ұмтылыстың төмендеуі 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Басқаларға әлеуметтік қызығушылықтың төмендеуі ➤ Әлеуметтік күтілетін мінез құлық туралы хабардарлықтың төмендеуі ➤ Басқа адамдардың әлеуметтік өзара әрекеттесуіне қатысу қабілетінің төмендеуі ➤ Балалардың көпшілігі ұнататын жағдайлардан ләззат алудың төмендеуі 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Өзара әлеуметтік қарым қатынас пен өзара әрекеттестіктегі тұрақты қиындықтар ➤ Достық туралы түсініктің төмендеуі ➤ «Жеке кеңістік» ұғымын қоса алғанда, әлеуметтік күтілетін мінез-құлық туралы хабардарлықтың төмендеуі ➤ Әлеуметтік оқшаулану және жалғыздыққа деген артықшылық ➤ Вербалды емес сигналдарды түсіну қабілетінің төмендеуі ➤ Әлеуметтік реакциялардың қысқартылған жиынтығы
<p>Көзбен байланыс, саусақпен көрсету және басқа қимылдар</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Басқалармен қарым-қатынас жасау үшін ым-ишара мен мимиканы қолдануды азайту ➤ Қоғамда көзбен байланыстың пайдаланудың төмендеуі (қалыпты көру жағдайында) ➤ Өз қызығушылығын бөлісу үшін объектілерге бағыттар немесе әсерлер санын азайту 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Басқа адамдармен әлеуметтік қарым-қатынас кезінде ым-ишараны, мимиканы және көзбен байланысты шектеулі немесе нашар интеграцияланған қолдану (жеткілікті көру жағдайында) ➤ Өз қызығушылығын бөлісу үшін объектілерге бағыттар немесе әсерлер санын азайту 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Басқа адамдармен әлеуметтік қарым-қатынас кезінде ым-ишараны, мимиканы және көзбен байланысты шектеулі немесе нашар интеграцияланған қолдану (жеткілікті көру жағдайында)

1	2	3	4
Ойындар	Қиялды қолдана отырып, ойындарды азайту	Шығармашылық ойындардағы әртүрлілік пен икемділіктің төмендеуі	Анамнезде балалық және жасөспірім кезіндегі шығармашылық ойындардағы әртүрлілік пен икемділіктің төмендеуі көрсетілген
Шектеулі қызығушылықтар және / немесе қайталанатын мінез-құлық	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Қолды сермеу, айналдыру және саусақтарды шерту сияқты қайталанатын қозғалыстар ➢ Қайталанатын ойындар ➢ Шамадан тыс назар аудару немесе ерекше қызығушылықтар ➢ Өз күн тәртібін ұстануда шамадан тыс табандылық ➢ Сенсорлық тітіркендіргіштерге шамадан тыс немесе жеткіліксіз реакция (мысалы, әртүрлі текстуралар, дыбыстар, иістер, дәм) 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Қолды сермеу, айналдыру және саусақтарды шерту сияқты қайталанатын қозғалыстар ➢ Адамдарға емес, заттарға бағытталған қайталанатын ойындар ➢ Шамадан тыс назар аудару немесе ерекше қызығушылықтар ➢ Өз күн тәртібін ұстануда шамадан тыс табандылық ➢ Сенсорлық тітіркендіргіштерге шамадан тыс немесе жеткіліксіз реакция (мысалы, әртүрлі текстуралар, дыбыстар, иістер, дәм) 	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Қолды сермеу, айналдыру және саусақтарды шерту сияқты қайталанатын қозғалыстар ➢ Ерекше қызығушылықтарға немесе хоббиге артықшылық беру ➢ Күнделікті тәртіпті берік ұстану, (эмоционалды күйзеліске әкелуі мүмкін бұзылыс) ➢ Көп тапсырма режимі ➢ Сенсорлық тітіркендіргіштерге шамадан тыс немесе жеткіліксіз реакция (мысалы, әртүрлі текстуралар, дыбыстар, иістер, дәм)

АСБ диагнозы бар балаларға күтім жасаушылар әдетте дамып келе жатқан балаларға күтім жасайтын ата-аналарға қарағанда депрессия мен иммундық функцияның нашарлауынан зардап шегеді және стресске байланысты жиі соматикалық шағымдар туралы хабарлайды. Сонымен қатар, АСБ бар балалардың ата-аналарындағы стресс деңгейі клиникалық немесе медициналық бұзылулардың басқа түрлері бар балалардың ата-аналарымен салыстырғанда одан да жоғары.

Ата-ананың көзқарастары мен сенімдерінің күрделі жүйесі ретінде бейімделуді қарастырған кезде бейімделудің үш өлшемі зерттелді: қабылдау, өзін-өзі кінәлау және үмітсіздік, бұл 18 айлық кезеңдегі күйзеліс пен әл-ауқат көрсеткіштерімен айтарлықтай байланысты болжады. Уақыт өте келе қабылдау сезімінің жоғарылауы анықталды сол кезеңдегі депрессия белгілерінің төмендеуімен байланысты болды [109].

Диагноз үшін алаңдайтын отбасыларға ең көп ақпарат қажет, бірақ олар сеансқа соңына дейін қатыспай, дайын болмай қалуы мүмкін. Осы уақытта психологиялық және эмоционалды қолдау көрсету өте маңызды [110]. Бұл қолдау АСБ бар балалардың ата-аналары немесе қамқоршылары АСБ диагнозы қойылған баланы толығымен қабылдағанға дейін көрсетілуі керек. 1-қосымшада ата-аналардың АСБ диагнозын қабылдау нәтижелерін өлшеу үшін қолдануға болатын сауалнамалардың түрлері келтірілген.

Нәтижелерді АСБ бар балалардың өздеріне ұсыну:

Ата-аналармен немесе қамқоршылармен диагностикалық шешім туралы қалай хабарлағысы келетінін, оның ішінде баланың осы ақпаратты түсіну және қабылдау қабілетін ескере отырып, баланың назарына жеткізілетінін талқылау өте маңызды.

Баланың жеке қажеттіліктері мен қабілеттерін ескеру,

сондай-ақ сөйлесудің дұрыс сәтін таңдау маңызды. Тәсіл балаға және отбасылық динамикаға байланысты өзгеруі мүмкін. Кейбір ата-аналар балаларына диагнозды жақсы түсінуге көмектеседі деп, баланың өсуін күтуді жөн көреді. Басқалары әңгімені бала өзінің ерекшеліктерін енді ғана біліп, сұрақтар қоя бастаған кезде жас кезінен бастаған дұрыс деп санайды. Сәтті таңдау ерекше рөл атқарады: ата-ананың немесе қамқоршының және баланың тыныш көңіл-күйде және алаңдатпайтын таныс жерде болуы қажет, өйткені АСБ бар балаларға жаңа ақпаратты өңдеу қиынға соғуы мүмкін, әсіресе олар мазасызданса немесе ыңғайсыз жағдайда болса.

Диагноз туралы сөйлесуді бастаудың бір жолы-айырмашылықтарды талқылау. Мысалы, отбасы мүшелерінің күшті және әлсіз жақтарының тізімін жасап, содан кейін баланың мықты не әлсіз жақтары туралы сөйлесуге болады. Бұл баланың осы ерекшеліктерді анықтайтын диагнозы бар екенін түсіндіруге кіріспе болуы мүмкін [111].

Егер АСБ бар зерттелетін адам ауызша сөйлеуді түсіне алса, олармен диагностикалық шешім туралы, оның ішінде кез келген отбасы мүшелеріне немесе қамқоршыларға қалай хабарланғанын қалайтынын талқылау керек.

АСБ бар жасөспірімдерге немесе ересектерге диагностикалық тексеру жүргізбес бұрын, маман осы адамдардың клиникалық жолын, сондай-ақ олар қол жеткізе алатын клиникалық қызметтер мен қолдауды жақсы түсінуі және ұсынуы қажет. Кейбір жасөспірімдер немесе ересектер АСБ диагнозын қоюға мүдделі болуы мүмкін, бірақ қолдау қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін мамандарға жіберілуге қызығушылықтары болмауы мүмкін екенін түсіну маңызды.

Осылайша, МСАК медициналық мамандары АСБ

проблемалары бар балалардың ата-аналарына қалай алға жылжу және тиісті бағыттарға жүгіну туралы шешім қабылдауға көмектесуде шешуші рөл атқара алады. Стратегияларға ата-аналардың алаңдаушылығына жедел әрекет ету, оларға нұсқаларды өлшеуге көмектесу және қызмет көрсету жүйесі бойынша шарлау процесінде отбасының үлгерімін бақылау кіреді.

ҚОРЫТЫНДЫ

Аутизм спектрінің бұзылыстары (АСБ) — бұл әлеуметтік қарым-қатынас пен әлеуметтік өзара әрекеттесудегі айырмашылықтармен, мінез-құлық пен қызығушылықтың шектеулі және қайталанатын үлгілерімен және сенсорлық ақпаратты өңдеудегі айырмашылықтармен сипатталатын өмір бойылық жүйке жүйесінің ауруы. АСБ деңгейінің өсуі бүкіл әлемде байқалады. Негізінен АСБ екі жастан асқан кезде расталады, дегенмен тәжірибелі дәрігерлер симптомдарды ерте жастан анықтай алады. Медициналық-санитариялық алғашқы көмек (МСАК) деңгейінде АСБ даму қаупі бар балаларды анықтау көпжақты тәсілді талап етеді, оның ішінде: тәуекел факторларының болуына даму тарихын талдау; егер АСД бар бауырлар болса, бақылаудың жоғарылауымен отбасылық анамнезді зерттеу; ата-аналардың алаңдаушылығын анықтау және оларға назар аудару; дамуды стандартталған скринингтеу; баланы бақылау. Ерте диагностика емдеуге қол жеткізуді қамтамасыз ететіндіктен және ерте қарқынды араласу ұзақ мерзімді даму нәтижелерін жақсартатындықтан, педиатрлардың АСБ-ны ерте анықтауы өте маңызды.

АСБ диагностикасы мен емдеудің бірыңғай алтын стандартының болмауы бала мен АСБ бар адамдардың денсаулық жағдайын басқару және бақылау процесін қиындатады. Дегенмен, жақсы тәжірибенің нені білдіретіні туралы кең келісім бар. Осыған байланысты негізгі диагноз адамның дамуы мен ауру тарихы контекстіндегі мінез құлық сипаттамаларына негізделген. Демек, DSM-5 және АХЖ-11 нұсқаулықтарындағы соңғы өзгерістер диагноз қою үшін нақты мінез-құлық критерийлерін ұсынуға бағытталған, мінез-құлықты бағалау субъективті міндет болып табылады және көбінесе дәрігердің тәжірибесі мен

дағдыларына байланысты.

МСАК мамандары баланың даму мониторингінде скрининг құралдарын пайдалану және анықталған проблемаларды мұқият бағалау арқылы АСБ-мен байланысты денсаулық көрсеткіштерін жақсартуға ықпал ете алады. Ерте балалық шақта мамандандырылған медициналық қызметтерді көрсету қатар жүретін ауруларды емдеумен бірге симптомдардың өршуін және аурудың дамуын шектейді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ДЕРЕККӨЗДЕРДІҢ ТІЗІМІ

1. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2010. – 132с.
2. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, Yusuf A, Shih A, Elsabbagh M. Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*. 2022 May;15(5):778-790. doi: 10.1002/aur.2696.
3. Talantseva OI, Romanova RS, Shurdova EM, Dolgorukova TA, Sologub PS, Titova OS, Kleeva DF, Grigorenko EL. The global prevalence of autism spectrum disorder: A three-level meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2023 Feb 9;14:1071181. doi: 10.3389/fpsy.2023.1071181.
4. Somerton M, Stolyarova V, Khanin S. Autism and the Knowledge and Beliefs of Specialists in Kazakhstan. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2022 Mar;52(3):1156-1168. doi: 10.1007/s10803-021-05021-9.
5. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nerv Child*. 1943;2:217–50.
6. Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter. *Arch Psychiatr Nervenkr*. 1944;117(1):76–136. doi: 10.1007/BF01837709.
7. Клинические рекомендации Общественной организации «Российское общество психиатров»: «Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация», 2020.
8. Wing L, Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1979;9:11–29.
9. Patra KP, De Jesus O. Echolalia. 2023 Aug. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565908/>

10. Kirby AV. et al Sensory features in autism: Findings from a large population-based surveillance system. *Autism Research Journal*. 2022 Apr;15(4):751-760. doi: 10.1002/aur.2670.
11. Hirota T, King BH. Autism Spectrum Disorder: A Review. *JAMA*. 2023 Jan 10;329(2):157-168. doi: 10.1001/jama.2022.23661.
12. Bougeard C, Picarel-Blanchot F, Schmid R, Campbell R, Buitelaar J. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-morbidities in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2021 Oct 27;12:744709. doi: 10.3389/fpsyt.2021.744709.
13. Qiu S, Lu Y, Li Y, Shi J, Cui H, Gu Y, Li Y, Zhong W, Zhu X, Liu Y, Cheng Y, Liu Y, Qiao Y. Prevalence of autism spectrum disorder in Asia: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2020 Feb;284:112679. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112679.
14. Wang J, Ma B, Wang J, Zhang Z, Chen O. Global prevalence of autism spectrum disorder and its gastrointestinal symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. 2022 Aug 23;13:963102. doi: 10.3389/fpsyt.2022.963102
15. Schaafsma SM, Pfaff DW. Etiologies underlying sex differences in Autism Spectrum Disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*. 2014;35:255–271. doi: 10.1016/j.yfrne.2014.03.006.
16. Ben-David E, Shohat S, Shifman S. Allelic expression analysis in the brain suggests a role for heterogeneous insults affecting epigenetic processes in autism spectrum disorders. *Human Molecular Genetics*. 2014;23:4111–4124. doi: 10.1093/hmg/ddu128.
17. Werlinga DM, Geschwind DH. Sex differences in autism spectrum disorders. *Current Opinion in Neurology*. 2013 Apr; 26(2): 146–153. doi: 10.1097/WCO.0b013e32835ee548

18. Loomes R, Hull L, Polmear W, Mandy L. What Is the Male-to-Female Ratio in Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2017 Jun;56(6):466-474. doi: 10.1016/j.jaac.2017.03.013.
19. Newschaffer CJ. et al. The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health*. 2007 Feb;28(1):235-258. doi: 10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144007
20. Shen Y, Dies KA, Holm IA, Bridgemohan C, Sobeih MM, Caronna EB, Miller KJ, Frazier JA, Silverstein I, Picker J, et al. Clinical genetic testing for patients with autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 2010;125:727–735. doi: 10.1542/peds.2009-1684.
21. Silver WG, Rapin I. Neurobiological basis of autism. *Pediatric Clinics of North America*. 2012;59:45–61, x. doi: 10.1016/j.pcl.2011.10.010.
22. Abrahams BS, Geschwind DH. Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology. *Nature Reviews Genetics*. 2008;9(5):341–55. doi: 10.1038/nrg2346.
23. Bruining H, de Sonneville L, Swaab H, de Jonge M, Kas M, van Engeland H, Vorstman J. Dissecting the clinical heterogeneity of autism spectrum disorders through defined genotypes. *PLoS One*. 2010;5:. doi: 10.1371/journal.pone.0010887.
24. Geschwind DH. Genetics of autism spectrum disorders. *Trends Cognitive Science*. 2011;15(9):409–16. doi: 10.1016/j.tics.2011.07.003.
25. Miles JH. Autism spectrum disorders--a genetics review. *Genetics in Medicine*. 2011;13(4):278–94. doi: 10.1097/GIM.0b013e3181ff67ba.
26. Modabbernia A, Velthorst E, Reichenberg A. Environmental risk factors for autism: an evidence-based review of systematic reviews and meta-analyses. *Molecular*

- Autism. 2017 Mar;8(13). doi: 10.1186/s13229-017-0121-4.
27. Hultman CM, Sparen P, Cnattingius S. Perinatal risk factors for infantile autism. *Epidemiology* 2002, 13, 417–423.
 28. Gardener H, Spiegelman D, Buka SL. Prenatal risk factors for autism: Comprehensive meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2009;195:7–14.
 29. Gardener H, Spiegelman D, Buka SL. Perinatal and neonatal risk factors for autism: A comprehensive meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;128:344–55.
 30. Georgieff MK. The effect of maternal diabetes during pregnancy on the neurodevelopment of offspring. *Minnesota Medicine Magazine*. 2006;89:44–7.
 31. Clemens LE, Siiteri PK, Stites DP. Mechanism of immunosuppression of progesterone on maternal lymphocyte activation during pregnancy. *Journal of Immunology*. 1979, 122, 1978–1985.
 32. Karimi P, Kamali E, Mousavi SM, Karahmadi M. Environmental factors influencing the risk of autism. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2017, 22, 27.
 33. Deykin EY, MacMahon B. Viral exposure and autism. *Am. Journal of Epidemiology*. 1979, 109, 628–638.
 34. Sweeten, T.L.; Posey, D.J.; McDougle, C.J. Brief report: Autistic disorder in three children with cytomegalovirus infection. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2004, 34, 583–586.
 35. Emberti Gialloreti L, Mazzone L, Benvenuto A, Fasano A, Alcon AG, Kraneveld A, et al. Risk and Protective Environmental Factors Associated with Autism Spectrum Disorder: Evidence-Based Principles and Recommendations. *Journal of Clinical Medicine*. 2019;8(2):217. doi:10.3390/jcm8020217.
 36. Hagemeyer S, Mangus K, Boeckers TM, Grabrucker AM. Effects of trace metal profiles characteristic for autism on synapses in cultured neurons. *Neural Plasticity*.

2015;2015:985083. doi: 10.1155/2015/985083.

37. Reichenberg A, Gross R, Sandin S, Susser ES. Advancing paternal and maternal age are both important for autism risk. *Am. Journal of Public Health*. 2010, 100, 772–773.

38. Sandin S. et al Advancing maternal age is associated with increasing risk for autism: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2012, 51, 477–486.

39. Reichenberg A. et al. Advancing paternal age and autism. *Archives Of General Psychiatry*. 2006, 63, 1026–1032.

40. Daniels JL, Forssen U, Hultman CM, Cnattingius S, Savitz DA, Feychting M, et al. Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. *Pediatrics*. 2008;121:e1357–62.

41. Bölte S, Knecht S, Poustka F. A case-control study of personality style and psychopathology in parents of subjects with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007;37:243–50.

42. Weinstock M. The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2008;32:1073–86.

43. Perera F, Herbstman J. Prenatal environmental exposures, epigenetics, and disease. *Reproductive Toxicology*. 2011;31:363–73.

44. Bailey A. et al. A clinicopathological study of autism. *Brain* 1998;121:889–905. doi: 10.1093/brain/121.5.889.

45. Blakemore SJ, Sirigu A. Action prediction in the cerebellum and in the parietal lobe. *Experimental Brain Research*. 2003;153:239–245. doi: 10.1007/s00221-003-1597-z.

46. Boucher J. The theory of mind hypothesis of autism: explanation, evidence and assessment. *British Journal of Disorders of Communication*. 1989 Aug;24(2):181-98. doi: 10.3109/13682828909011955.

47. Vaiouli P. Alexithymic and autistic traits in children and adolescents: A systematic review of the current state of knowledge. *Autism*. 2022 Feb;26(2):308-316. doi: 10.1177/13623613211058512.
48. Amaral DG, Corbett BA. The amygdala, autism and anxiety. *Novartis Foundation symposium*. 2003;251:177-87.
49. Stone VE. Acquired theory of mind impairments in individuals with bilateral amygdala lesions. *Neuropsychologia*. 2003;41(2):209-20. doi: 10.1016/s0028-3932(02)00151-3.
50. Inui T, Kumagaya S, Myowa-Yamakoshi M. Neurodevelopmental Hypothesis about the Etiology of Autism Spectrum Disorders *Frontiers in Human Neuroscience*. 2017 July;11. doi: 10.3389/fnhum.2017.00354.
51. Braunschweig D, Krakowiak P, Duncanson P. et al. Autism-specific maternal autoantibodies recognize critical proteins in developing brain. *Translational Psychiatry*. 2013;3(7):277.
52. Croen LA, Braunschweig D, Haapanen L, Yoshida CK. et al. Maternal midpregnancy autoantibodies to fetal brain protein: the early markers for autism study. *Biological Psychiatry*. 2008;64(7):583-588.
53. Wu S, Ding Y, Wu F, Li R, Xie G, Hou J, Mao P. Family history of autoimmune diseases is associated with an increased risk of autism in children: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015;55:322–332. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.05.004.
54. Clifford S, Dissanayake C, Bui QM, Huggins R, Taylor AK, Loesch DZ. Autism spectrum phenotype in males and females with fragile X full mutation and premutation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2007;37(4):738-747. doi: 10.1007/s10803-006-0205-z.
55. Baker EK, Godler DE, Bui M, Hickerton C, Rogers C, Field M, et al. Exploring autism symptoms in an Australian cohort of patients with Prader-Willi and Angelman syndromes.

Journal of Neurodevelopmental Disorders 2018;10(1):24. doi: 10.1186/s11689-018-9242-0.

56. Dagli AI, Mathews J, Williams CA. Angelman Syndrome. University of Washington; 1998. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1144/>.

57. Curatolo P, Porfirio MC, Manzi B, Seri S. Autism in tuberous sclerosis. European Journal of Paediatric Neurology 2004;8(6):327-332. doi: 10.1016/j.ejpn.2004.08.005.

58. Erlandson A, Hagberg B. MECP2 abnormality phenotypes: clinicopathologic area with broad variability. Journal of Child Neurology. 2005;20(9):727-732. doi: 10.1177/08830738050200090501.

59. Butler MG, Dasouki MJ, Zhou XP, Talebizadeh Z, Brown M, Takahashi TN, et al. Subset of individuals with autism spectrum disorders and extreme macrocephaly associated with germline PTEN tumor suppressor gene mutations. Journal of Medical Genetics. 2005;42(4):318-321. doi: 10.1136/jmg.2004.024646.

60. Gardener H, Spiegelman D, Buka SL. Perinatal and neonatal risk factors for autism: a comprehensive meta-analysis. Pediatrics. 2011;128(2):344-355. doi: 10.1542/peds.2010-1036.

61. Клинический протокол диагностики и лечения «Общие расстройства психологического (психического) развития (расстройства аутистического спектра)», одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «30» июля 2021 года. Протокол №145.

62. Greaves-Lord K, Skuse D, Mandy W. Innovations of the ICD-11 in the Field of Autism Spectrum Disorder: A Psychological Approach. Clinical Psychology in Europe. 2022 Dec 15;4(Spec Issue):e10005. doi: 10.32872/cpe.10005.

63. Gaebel W, Stricker J, Kerst A. Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification.

Dialogues in Clinical Neuroscience. 2020 Mar;22(1):7-15. doi: 10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel.

64. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). 2018. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/e>.

65. Academy Of Medicine Singapore; College Of Paediatrics And Child Health, Singapore (CPCHS). (2023). Clinical practice guidelines on autism spectrum disorder in children and adolescents (2nd edition).

66. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(7):748-751.

67. Kraemer HC, Noda A, O'Hara R. Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: methodological challenges. *Journal of Psychiatric Research*. 2004;38(1):17-25.

68. Whitehouse AJO, Evans K, Eapen V, Wray JA. A national guideline for the assessment and diagnosis of autism spectrum disorders in Australia. 2018.

69. Lord C, Risi S, DiLavore PS, Shulman C, Thurm A, Pickles A. Autism from 2 to 9 years of age. *Archives Of General Psychiatry*. 2006 Jun;63(6):694-701.

70. Hyman SL, Levey SE, Myers SM, Council on Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*. 2020 Jan;145(1).

71. Shimomura H, Hasunuma H, Tokunaga S, Taniguchi Y, Taniguchi N, Fujino T, Utsunomiya T, Tanaka Y, Tokuda N, Okuda M, Shima M, Takeshima Y, The Japan Environment And Children's Study Jecs Group. Early Developmental Signs in Children with Autism Spectrum Disorder: Results from the Japan Environment and Children's

Study. *Children (Basel)*. 2022 Jan 10;9(1):90. doi: 10.3390/children9010090.

72. Beacham C, Reid M, Bradshaw J, Lambha M, Evans L, Gillespie S, Klaiman C, Richardson SS. Screening for Autism Spectrum Disorder: Profiles of Children Who Are Missed. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2018 Dec;39(9):673-682. doi: 10.1097/DBP.0000000000000607.

73. Hardy S, Haisley L, Manning C, Fein D. Can Screening with the Ages and Stages Questionnaire Detect Autism? *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2015 Sep;36(7):536-43. doi: 10.1097/DBP.0000000000000201.

74. Squires J, Bricker D, Potter L. *Ages & Stages Questionnaires, Third Edition (ASQ-3) User's Guide*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing; 2009.

75. Wetherby AM, Brosnan-Maddox S, Peace V, Newton L. Validation of the Infant-Toddler Checklist as a broadband screener for autism spectrum disorders from 9 to 24 months of age. *Autism*. 2008;12:487–511.

76. Saldaris J, Leonard H, Wong K, Jacoby P, Spence M, Marsh ED, Benke TA, Demarest S, Downs J. Validating the Communication and Symbolic Behavior Scales-Developmental Profile Infant-Toddler Checklist (CSBS-DP ITC) Beyond Infancy in the CDKL5 Deficiency Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2023 May 15. doi: 10.1007/s10803-023-06002-w.

77. Blume J, Wittke K, Naigles L, Mastergeorge AM. Language Growth in Young Children with Autism: Interactions Between Language Production and Social Communication. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021 Feb;51(2):644-665. doi: 10.1007/s10803-020-04576-3.

78. Dunn W. *Infant/Toddler Sensory Profile User's Manual*. San Antonio, TX, USA: The Psychological Corporation; 2002.

79. Ben-Sasson A, Cermak SA, Orsmond GI, et al.

Extreme sensory modulation behaviors in toddlers with autism spectrum disorders. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2007;61:584–592.

80. Ben-Sasson A, Cermak SA, Orsmond GI, Tager-Flusberg H, Kadlec MB, Carter AS. Sensory clusters of toddlers with autism spectrum disorders: differences in affective symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49:817–825.

81. Glascoe F.P. *Collaborating with Parents: Using Parents' Evaluation of Developmental Status to Detect and Address Developmental and Behavioral Problems*. Ellsworth & Vandermeer Press; Austin, TX, USA: 1998.

82. Chunsuwan I, Hansakunachai T, Pornsamrit S. Parent Evaluation of Developmental Status (PEDS) in screening: The Thai experience. *Pediatrics International*. 2016 Dec;58(12):1277-1283. doi: 10.1111/ped.13055.

83. Çelen Yoldaş T, Karakaya J, Özdemir G, Engin Erdal A, Özmert EN. Comparison of the Parents' Evaluation of Developmental Status and Ages and Stages Questionnaire Developmental Screening Tests in a Eurasian Country. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2021 Aug 1;42(6):450-456. doi: 10.1097/DBP.0000000000000912.

84. Glascoe F.P. *Summary of PEDS Research from Page Glascoe, PhD Collaborating with Parents*. 2nd ed. PEDStest.com LLC; Nolensville, TN, USA: 2013.

85. Sheel H, Suárez L, Marsh NV. Parents' Evaluation of Developmental Status and Strength and Difficulties Questionnaire as Screening Measures for Children in India: A Scoping Review. *Pediatric Reports*. 2023 Feb 24;15(1):175-196. doi: 10.3390/pediatric15010014.

86. Dow D, Guthrie W, Stronach ST, Wetherby AM. Psychometric analysis of the Systematic Observation of Red Flags for autism spectrum disorder in toddlers. *Autism*. 2017 Apr;21(3):301-309. doi: 10.1177/1362361316636760.

87. Dow D, Day TN, Kutta TJ, Nottke C, Wetherby AM. Screening for autism spectrum disorder in a naturalistic home setting using the systematic observation of red flags (SORF) at 18-24 months. *Autism Research*. 2020 Jan;13(1):122-133. doi: 10.1002/aur.2226. Epub 2019 Oct 23.
88. Stone WL, McMahon CR, Henderson LM. Use of the Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds (STAT) for children under 24 months: An exploratory study. *Autism*, 2008;12(5), 557–573.
89. Attar SM, Ibanez LV, Stone WL. Separate scoring algorithms for specific identification priorities optimize the screening properties of the Screening Tool for Autism in Toddlers (STAT). *Autism Research*. 2022 Nov;15(11):2069-2080. doi: 10.1002/aur.2799. Epub 2022 Sep 8.
90. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Cox A. The early identification of autism: The checklist for autism in toddlers (CHAT) *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2000;93:521–525.
91. Robins DL, Fein D, Barton ML, Green J. The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2001;31(2):131–144.
92. Robins D, Casagrande K, Barton M, et al. Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-up (M-CHAT-R/F) *Pediatrics*. 2014;133(1):37–45.
93. Wiggins L, Piazza V, Robins D. Comparison of a broad-based screen versus disorder-specific screen in detecting young children with an autism spectrum disorder. *Autism: The International Journal of Research and Practice*. 2014;18(2):76–84.
94. Dudova I, Kasparova M, Markova D, Zemankova J, Beranova S, Urbanek T, Hrdlicka M. Screening for autism in

preterm children with extremely low and very low birth weight. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2014 Feb 11;10:277-82. doi: 10.2147/NDT.S57057.

95. Whitehouse AJO, Evans K, Eapen V, Wray J. A national guideline for the assessment and diagnosis of autism spectrum disorders in Australia. Cooperative Research Centre for Living with Autism, Brisbane, 2018.

96. Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1994;24(5):659-685. doi:10.1007/BF02172145.

97. Lord C, Rutter M, Goode S, Heemsbergen J, Jordan H, Mawhood L, et al. Autism diagnostic observation schedule: a standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1989;19(2):185-212. doi:10.1007/BF02211841.

98. Wing L, Leekam SR, Libby SJ, Gould J, Larcombe M. The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders: background, inter-rater reliability and clinical use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2002;43(3):307-325. doi:10.1111/1469-7610.00023.

99. Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1980;10(1):91-103. doi:10.1007/BF02408436.

100. South M, Williams BJ, McMahon WM, Owley T, Filipek PA, Shernoff E, et al. Utility of the Gilliam Autism Rating Scale in research and clinical populations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2002;32(6):593-599. doi:10.1023/a:1021211232023.

101. Skuse D, Warrington R, Bishop D, Chowdhury U, Lau J, Mandy W, et al. The developmental, dimensional and

diagnostic interview (3di): a novel computerized assessment for autism spectrum disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004;43(5):548-558. doi:10.1097/00004583-200405000-00008.

102. Sauer AK, Stanton JE, Hans S, et al. Autism Spectrum Disorders: Etiology and Pathology. In: Grabrucker AM, editor. *Autism Spectrum Disorders*. Brisbane (AU): Exon Publications; 2021 Aug 20. Chapter 1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573613/> doi: 10.36255/exonpublications.autismspectrumdisorders.2021.etiology.

103. Bent, C., Dissanayake, C., & Barbaro, J. Mapping the diagnosis of autism spectrum disorders in children aged under 7 years in Australia, 2010-2012. *The Medical Journal of Australia*, 2015;202(6), 317–320.

104. Chawarska, K., Klin, A., Paul, R., & Volkmar, F. Autism spectrum disorder in the second year: stability and change in syndrome expression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007;48(2), 128–138.

105. Kleinman, J. M., Ventola, P. E., Pandey, J., Verbalis, A. D., Barton, M., Hodgson, S., Fein, D. (2008). Diagnostic stability in very young children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), 606–615. doi: 10.1007/s10803-007-0427-8.

106. Nassar, N., Dixon, G., Bourke, J., Bower, C., Glasson, E., de Klerk, N., & Leonard, H. Autism spectrum disorders in young children: Effect of changes in diagnostic practices. *International Journal of Epidemiology*, 2009;38(5), 1245–1254. doi: 10.1093/ije/dyp260.

107. Makino, A., Hartman, L., King, G. et al. Parent Experiences of Autism Spectrum Disorder Diagnosis: a Scoping Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021;8, 267–284. doi: 10.1007/s40489-021-00237-y.

108. Reed P, Picton L, Grainger N, et al. Impact of

diagnostic practices on the self-reported health of mothers of recently diagnosed children with ASD. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2016;13: 888.

109. Da Paz NS, Siegel B, Coccia MA, Epel ES. Acceptance or Despair? Maternal Adjustment to Having a Child Diagnosed with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018 Jun;48(6):1971-1981. doi: 10.1007/s10803-017-3450-4.

110. Anderberg E, South M. Predicting Parent Reactions at Diagnostic Disclosure Sessions for Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2021 Oct;51(10):3533-3546. doi: 10.1007/s10803-020-04817-5. Epub 2021 Jan 2.

111. National Autistic Society. «Disclosing your autism: Parents and Carers». URL: <https://www.autism.org.uk/advice-and-guidance/Topics/diagnosis/disclosing-your-autism/parents-and-carers>.

112. Da Paz NS, Siegel B, Coccia MA, Epel ES. Acceptance or Despair? Maternal Adjustment to Having a Child Diagnosed with Autism. Author manuscript. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2018 Jun; 48(6): 1971–1981. doi: 10.1007/s10803-017-3450-4

113. Gottlieb B. The Dislocations Scale. Unpublished manuscript, University of Guelph, Guelph, Ontario, Canada (1988).

114. Rush AJ, Giles DE, Schlessner MA, Fulton CL, Weissenburger J, & Burns C. The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): Preliminary Findings. *Psychiatry Research*. 1986;18:65–87. doi:10.1016/0165-1781(86)90060-0.

115. Berry JO, & Jones WH. The Parental Stress Scale: Initial Psychometric Evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*. 1995;12:463–472. doi:10.1177/0265407595123009.

116. Cohen S, & Williamson G. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. In Spacapan S &

Oskamp S (Eds.), *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology*. Newbury Park, CA: Sage (1988).

117. Ryff CD. Happiness is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989;57:1069. doi:10.1037//0022-3514.57.6.1069.

118. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, & Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985;49:71–75. doi:10.1207/s15327752jpa4901_13.

119. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. Диагностика нарушений психического развития в раннем детском возрасте (скрининговая методика). В кн.: *Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии*. Научное издание. Коллективная монография под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. – М., 2018; с. 212-221.

120. Morosini, P. L., et al. Personal and Social Functioning Scale, PSP (2000).

121. Guy W. Clinical Global Impression Scale, CGI (1976).

**АСБ бар балалардың ата-аналарының/қамқоршыларының
психологиялық жағдайын бағалау құралдары**

Атауы	Сипаттама
1	2
<p>Диагнозға бейімделу</p>	<p>Өзін-өзі есеп беру сауалнамасы «Аутизм диагнозына бейімделу» 30 тармақтан тұрады (ADA;Adjustment to the Diagnosis of Autism). ADA-ны Bruna Siegel бірлескен авторлары АСБ бар балалардың отбасыларымен 30 жылдық тәжірибеге негізделген клиникалық бақылаулар негізінде әзірледі . Қамқоршыларға баласының аутизм диагнозына қатысты қабылдаулармен келісетін немесе келіспейтін дәрежені бағалау ұсынылды (мысалы, «балама диагноз қойылғаннан кейін мен басқа нәрселерден ләззат ала алмаймын» немесе «баламның аутизмімен жұмыс істеу мені жақсы адам етеді»). Жауаптар 4 баллдық Лайкерт шкаласы бойынша 1-ден (мүлдем келіспеймін) 4-ке дейін (толық келісемін) берілген [112].</p>
<p>Күтім ауыртпалығы</p>	<p>АСБ-мен ауыратын балаға күтім жасау ауыртпалығын 20 баллдан тұратын бала күтімі ауыртпалығы шкаласы арқылы бағалауға болады (CGBS;Care Giver Burden Score). Қамқоршылар өздерінің күнделікті өмірі туралы бірнеше мәлімдемелерге келісім деңгейімен жауап беру арқылы стресс факторының болуын көрсетеді (мысалы, «Сіздің күтім әрекеттеріңіз сіздің өміріңізде қол жеткізгіңіз келетін нәрсеге кедергі келтіреді»). Жауаптар шкала бойынша бағаланды, шкала 1-ден (мүлдем келіспеймін) 4-ке дейін (толық келісемін), (5 = қолданылмайды). Содан кейін осы мәлімдемеге байланысты ауыртпалық пен азап сезімін бағалау ұсынылады (мысалы, «бұл сізді қаншалықты алаңдатады?») 1-ден (мүлдем мазаламайды) 5-ке дейінгі диапазондағы 5 балдық Лайкерт шкаласы бойынша жауаптарды қолдану (мүлдем мазаламайды, қатты мазалайды). Жалпы балл неғұрлым жоғары болса, қамқоршының стрессті қабылдауы мүмкіндігі шектеулі баланы күтуге байланысты әсерлермен салыстырғанда соғұрлым жоғары болады [113].</p>

1	2
<p>Депрессиялық симптомдар.</p>	<p>Депрессиялық симптоматологияны депрессиялық симптомдардың ауырлығын (IDS;Inventory for Depressive Symptomatology) бағалайтын 30 тармақтан тұратын кешенді сауалнама, депрессиялық симптомдардың тізімдемесі арқылы бағалауға болады. Жауаптар сұраққа тән бірнеше категориялық форматта беріледі. Мысалы, қатысушылардан «қайғы сезімі» туралы сұрағанда, жауап беру нұсқалары 0-ден (мен мұңаймаймын) 3-ке дейін (мен үнемі дерлік қайғырамын). Жалпы ұпайлар барлық нүктелердің орташа мәнін есептеу арқылы алынады [114].</p>
<p>Ата-ананың күйзелісі.</p>	<p>Бала тәрбиесіне байланысты стресс 18 тармақтан тұратын ата-аналық өзін-өзі бағалау стрессінің шкаласы (PSS;Parental Stress Scale) арқылы бағаланады. Аналарға бала тәрбиесінің жағымды және жағымсыз жақтарын көрсететін талаптармен келісетін немесе келіспейтін дәрежені бағалау ұсынылады (мысалы, «мен ата – ана ретіндегі рөлімде бақыттымын» немесе «менің өмірімдегі стресстің негізгі көзі - менің балам»). Жауаптар Лайкерттің 5 балдық шкаласы бойынша 1-ден (толық келіспеймін) 5-ке дейін (толық келісемін) бағаланады. Жалпы PSS ұпайы оң элементтерді кері кодтау, содан кейін барлық элементтерді қосу арқылы есептеледі. Жоғары балл ата-ананың жоғары деңгейдегі күйзелісін көрсетеді [115].</p>
<p>Қабылданған стресс</p>	<p>Қамқоршының жалпы стрессті қабылдауын 10 тармақтан (PSS-10) тұратын өзін-өзі есеп беру үшін қабылданған стресс шкаласы арқылы бағалауға болады. Мұнда 0 (ешқашан) мен 4 (өте жиі) аралығында 5 баллдық Лайкерт жауап шкаласы қолданылады. Қатысушылардан соңғы айда белгілі бір сезімдерді қаншалықты жиі сезінгендері сұралды (мысалы, «Сіз қаншалықты жиі қобалжыдыңыз немесе күйзеліске ұшырадыңыз?»). Жалпы стресс ұпайы барлық ұпайларды қосу арқылы есептеледі, ал жоғары балл қабылданатын стрессті көрсетеді [116].</p>

1	2
<p>Психологиялық әл-ауқат шкаласы</p>	<p>Өмірдегі мақсаттар мен өзін-өзі қабылдаудың кіші шкалалары. Психологиялық әл ауқат шкаласының 9 тармағынан тұратын екі кіші шкала қолданылады. Қатысушылардан өзін-өзі көрсететін мәлімдемелермен келісу дәрежесін бағалау сұралады (мысалы, «Кейде мен өмірде істеу керек болған дүниені істедім деп ойлаймын»). Жауаптар Лайкерттің 6 балдық шкаласы бойынша 1-ден (толық келіспеймін) 6-ға дейін (толық келісемін) бағаланады. Мақсатқа талпынушылық үшін жалпы ұпайлар теріс элементтерді кері кодтау, содан кейін барлық элементтерді қосу арқылы есептеледі. Жоғары балл өмірдің үлкен мақсаты пен мағынасы барлығын көрсетеді. Өзін-өзі қабылдаудың жалпы балы барлық тармақтарды қорытындылау арқылы есептеледі, ал жоғары ұпайлар оң көзқарас пен өзін-өзі қабылдауды көрсетеді [117].</p>
<p>Өмірге қанағаттану.</p>	<p>Өмірге қанағаттану шкаласы 5 тармақтан тұрады. Қамқоршылар өздерінің келісімдерін олардың өмірі туралы бес сипаттамалық мәлімдемемен бағалайды (мысалы, «Көп жағдайда менің өмірім идеалға жақын»). Жауаптар Лайкерттің 7 балдық шкаласы бойынша өлшенді, жауаптар 1-ден (толық келіспеймін) 7-ге дейін (толық келісемін). Жалпы ұпайлар барлық бес тармақтың орташа мәні ретінде есептеледі, мұнда жоғары ұпайлар өмірге қанағаттанушылықты көрсетеді [118].</p>

Ерте жастағы балаларда психикалық дамудың бұзылу қаупін анықтау бойынша ата-аналарға арналған скринингтік сауалнама [119].

Сауалнама ерте жастағы балаларға көмек көрсететін денсаулық сақтау, білім беру мекемелерінде ерте көмек жүйесін ұйымдастыру мақсатында, педиатрлар, неврологтар, клиникалық (медициналық) психологтар, психиатрлар, педагог-психологтар практикалық қызметте пайдалану үшін пайдалануға арналған. Сауалнама 1,5–4 жастағы балалардың ата-аналарына арналған. Сауалнама – бұл ерте жастағы психопатологиялық көріністерге және баланың психикалық және психологиялық дамуының негізгі салаларына қатысты 35 сұрақтың тізімі ұсынады:

- инстинктивті-вегетативті сала;
- сенсорлық сала;
- «ана-бала» биопсихоэлеметтік жүйесі (диаду);
- эмоционалды сала;
- танымдық сала (оның ішінде психомоторика және сөйлеу, сондай-ақ өзіне-өзі қызмет көрсету дағдылары);
- әлеуметтік өзара әрекеттесу.

Психометриялық зерттеу клиникалық-психологиялық сауалнаманың жеткілікті жоғары сенімділігі мен жарамдылығын көрсетті және оның қауіптің кең тобындағы балаларды анықтауға сезімталдығын, психикалық бұзылулардың пайда болуын (ауру алдындағы жағдай) растайды. Өткізу рәсімі: 1,5 жастан бастап ерте жастағы балалардың ата-аналарына сауалнама жүргізу (сауалнама жүргізу). Нәтижелерді өңдеуді маман әдістеме кілтімен жауаптардың сәйкестігін есептеу арқылы жүргізеді.

Толтыру күні:

Ата-ананың

Т.А.Ж.:

Баланың Т.А.Ж.:

Туған күні:

Баланың жасы:

Жынысы:

Нұсқаулық. Ата-аналарға шкала сұрақтарына жауап беру ұсынылады. Келесі нұсқаулық беріледі: Егер сіз балаңызда төменде сипатталған мінез-құлықты байқасаңыз (немесе байқамасаңыз), тиісті жауапты таңдаңыз: «иә», «жоқ», «жауап беруге қиналамын».

№	Сұрақ	№	Жоқ	Жауап беруге қиналамын
1	2	3	4	5
1	Бала заттарға (ойыншықтарға) немесе ересек адамның бетіне (өмірдің екінші айынан бастап) назар аударды ма?			
2	1-2 секунд ішінде немесе өмірдің екінші айынан бастап сөзбен немесе жанасумен назар аударғанда бала көзге қарады ма?			
3	Баланың анасына өзі әлде өмірдің алғашқы айларында күлімсіреу, сүйіспеншілік, жанасу арқылы назар аударған кезде ме күлді ме?			
4	Бала емізу кезінде «ыңғайлы» позаны қабылдады ма, ол бөгде тітіркендіргіштерге алаңдамай белсенді түрде емді ме?			
5	Бала анасына негативизм көрсетті ме: ол емшек сүтін емуге қарсы болды, бірақ сонымен қатар ол сауылған сүтті өз еркімен қабылдады ма?			
6	Бала анасының қолына немесе басқа жақын адамдарына қолын созды ма, қолында болғанына қуанды?			
7	Өмірдің бірінші жылында ояу кезінде бала анасының назарын талап етпеді ме (ол кереуетте жалғыз жата алады, анасының кетуіне реакция көрсетпейді, өзін заттармен, ойыншықтармен, өз саусақтарымен және т.б. алдандырады немесе қоршаған ортаға жауап бермей пассивті жатып алады)?			
8	Балада 5-6 айдан бастап әртүрлі эмоциялардың (қуаныш, таңданыс, наразылық және т.б.) болды ма?			
9	Бала алғашқы айлардан бастап ересек адаммен қарым-қатынас жасауға, тактильді, есту, көз немесе ойын байланысын орнатуға тырысты ма?			

1	2	3	4	5
10	Бала 5-6 айында жаңа заттарға қызығушылық таныта ма?			
11	Баланың моторлық даму көрсеткіштері нормативтік мерзімдерге сәйкес келе ме: - басын ұстайды – 2 айдан бастап, - бұрылады – 4 айдан бастап, - аунайды – 6 айдан бастап, - жорғалайды – 8 айдан бастап, - қолдаумен жүреді – 10-11 айдан бастап, - қолдаусыз жүреді – 12-14 айдан бастап.			
12	Баланың сөйлеу дамуының көрсеткіштері нормативтік мерзімдерге сәйкес келе ме: - ау-аулау– 1 айдан бастап, - гуілдеу – 2-3 айдан бастап, - былдыр (а-па-па, ма-ма-ма, па-па-па, та-та-та) және белгі сөздер – 6-8 айдан бастап, - алғашқы сөздер («мама», «апа», «папа»), белгі сөздер және басқа, нақты тұлғаға бағытталған сөздер) –1 жасқа қарай.			
13	Баланың өмірінің бірінші жылында бірнеше рет байқалды ма: ұйқының бұзылуы, тәбет, қатты лоқсу/құсу; іш қату/диарея? физикалық аурумен байланысты емес (сәйкесінің астын сызыңыз)			
14	Бала меңзегіш қимылды қолдана ма?			
15	Бала шыныаяқтан қалай ішуді біледі ме?			
16	Бала бір жылдан кейін қарапайым нұсқауларды («маған кел», «маған бер») түсінеді ме?			
17	Бала ересектердің сөздерінен жеке сөздерді немесе сөз тіркестерін қайталай ма («жаңғырық сияқты»)?			
18	Баланың сыртқы тітіркендіргіштерге сезімталдығы жоғары ма (тұрмыстық техникадан, отшашулардан, жануарлар шығаратын дыбыстардан шу; ересектердің тонуының жоғарылауы және т. б.)?			

1	2	3	4	5
19	Бала гигиеналық процедураларға (тырнақ, шаш, шомылу және т. б.) шыдай ала ма?			
20	Бала «саңырау», «нашар көреді» деген ойлар пайда болды ма?			
21	Бала жаңа затқа, ойыншыққа қалай жауап береді: қарайды, жалайды, иіскейді? (сәйкесінің астын сызыңыз).			
22	Бала тұрмыстық заттармен (қақпақтар, банкалар, кәстрөлдер) ойыншық ретінде ойнай ма, жіптерді, шілтерді, сөмкелерді, таяқшаларды және т. б. ұнатады ма?			
23	Бала күндіз де, түнде де ажырамайтын заттар (ойыншықтар) бар ма (затты алған кезде жылайды)?			
24	Бала заттарды (ойыншықтарды) қатарға тұрғызады ма (көлденең / тік), заттарды (ойыншықтарды) біркелкі тасымалдайды, домалатады ма?			
25	Бала ойын алаңында басқа балалардан аулақ бола ма, жалғыз ойнағанды жөн көреді ме?			
26	Бала жаңа ойыншықтарға қызығушылық таныта ма?			
27	Өмірдің екінші жылындағы балада кейде немесе жиі ұйқының бұзылуы бар ма: ұйқыда жылау, түнде ояу болу, жиі ояну?			
28	Балада қарапайым заттардан (бөтелкелер, ойыншықтар, белгілі бір түсті заттар және т. б.) қорқыныш бар ма?			
29	Балада монотонды қозғалыстар бар ма (күлімсіреу, бастың айналуы, иықты дірілдету (жыбырлату), орнында секіру/айналу және т. б.)?			

1	2	3	4	5
30	Баланың мінез-құлқында қосарланған көріністер бар екенін байқадыңыз ба (ол қасықты қалай қолдануды біледі, бірақ оны қолданбайды; ол сыртқы шуға шыдамайды, бірақ ол өзі бірнәрсені қатты соғуы мүмкін; «ересек» фразалық сөйлеу мен былдырды біріктіреді және т. б.)?			
31	Бала өмірінің екінші жылының соңына дейін сұрақтар қойды ма?			
32	Бала шамасын, пішінін және түсін ескере отырып, пирамида, матрешка қуыршағын жинай ала ма?			
33	Балада келесі белгілер бар ма: (страбизм, тортиколлис, бұлшықеттің гипер - немесе гипотензиясы, «аяқтың ұшымен жүру», өзін айналу, саусақтарымен беттің алдында ойнау, саусақтарын сұрыптау, қолдарын шайқау? (сәйкесінің астын сызыңыз).			
34	Баланы тыныштандыру үшін электронды гаджеттерді (ұялы телефон, планшет және т. б.) пайдаланасыз ба?			
35	Бала теледидарда / компьютерде қанша уақыт өткізеді: - 0,5 сағатқа дейін, - 0,5 сағаттан аса. (астын сызыңыз)			

Жауаптарды санау әдістемесінің кілті

Психикалық дамудың бұзылуының тәуекел тобы мынадай нормативтерге сәйкес айқындалады:

➤ әдістеме кілтінде «*» **жұлдызшасымен белгіленген сұрақтарға 1 жауап сәйкес келген кезде** бала психикалық даму бұзылыстарының туындау қаупі жоғары топтарға түседі; ата-аналарға профилактикалық кеңес алу үшін психиатр-дәрігерге (балаларға), медициналық (клиникалық) психологқа жүгіну ұсынылады;

➤ әдістеме кілтімен сұрақтарға **4 және одан да көп жауаптар сәйкес келген жағдайда** (атап өтілмеген, оның ішінде ата-ананың жауаптарын таңдауда қиындықтар туындаған кезде, психиатр-дәрігерге (балаларға) профилактикалық кеңес алу үшін жүгінуге ұсыныс беріледі). Ерекше жағдайларда, танымдық дамудың, балалар мен ата-аналар

қатынастарының және т.б. терең диагностикасын жүргізетін медициналық (клиникалық) психологпен кеңесу үшін.

Сауалнама нәтижелерін тәуекел тобына жататын балаларға медициналық диагноз қою үшін қолдануға болмайды. Диагноз қою – балалар психиатриясы бойынша арнайы кәсіптік даярлықтан өткен психиатр-дәрігердің жауапкершілігі мен құзыреті.

№	Жауап	№	Жауап	№	Жауап
1.	жоқ	13.	иә	25.	иә
2.*	жоқ	14.	жоқ	26.	жоқ
3.	жоқ	15.	жоқ	27.*	иә
4.	жоқ	16.	жоқ	28.*	иә
5.	иә	17.	иә	29.*	иә
6.	жоқ	18.*	иә	30.	иә
7.	жоқ	19.	жоқ	31.	жоқ
8.	жоқ	20.	иә	32.	жоқ
9.	жоқ	21.	жалайды/ ііскейді	33.*	иә
10.	жоқ	22.	иә	34.	иә
11.*	жоқ	23.	иә	35.	0,5 сағаттан аса

**Жеке және әлеуметтік көрсеткіштер шкаласы/
Personal and Social Performance Scale
(3 жастан 16 жасқа дейінгі кезеңде қолдануға бейімделген)
[7,120]**

Бұл шкаланы қолданған кезде баланың жасын ескере отырып өмірінің 4 негізгі бағыты бойынша қиындық дәрежесі өлшенеді:

- (a) сөйлеу дағдыларын үйрену және меңгеру қабілеті;
- (b) жақын және айналасындағы адамдармен қарым-қатынас;
- (c) өзіне-өзі қызмет көрсету;
- (d) қозу және агрессивті мінез-құлық.

Бұл бағыттар бойынша бұзылу деңгейі соңғы 7 күн ішінде науқастарда болған қиындықтардың ауырлығы бойынша бағаланады.

Жүргізілген клиникалық бағалау негізінде әлеуметтік қызмет ету деңгейіне сәйкес интервал таңдалады: (баллмен)

100-91 балл: Барлық төрт негізгі салада толық әрекет ету. Науқастың жағымды қасиеттерін басқалар жоғары бағалайды, ол күнделікті мәселелерді сәтті шешеді, оның қызығушылықтары мен әрекеті әргүрлі;

90-81 балл: Барлық төрт негізгі салада жұмыс істеудің жақсы деңгейі, тек барлық адамдар кездесетін проблемалар немесе қиындықтардың болуы;

80-71 балл: Бір немесе одан да көп **а-с** аймақтарындағы шағын қиындықтар;

70-61 балл: Бір немесе одан да көп **а-с** аймақтарында елеулі, бірақ айтарлықтай қиындық деңгейіне жетпейтін немесе **d** аймағындағы кішігірім мәселелер;

60-51 балл: **а-с** аймақтарының бірінде айтарлықтай қиындықтар немесе **d** аймағындағы елеулі проблемалар;

50-41 балл: **а-с** Екі немесе одан да көп екі аймақтағы елеулі қиындықтар немесе **а-с** аймақтарының бірінде **d** аймағындағы елеулі проблемалармен бірге жүретін немесе жүрмейтін қатты айқын қиындықтар;

40-31 балл: Бір аймақта қатты айқын қиындықтар және кем дегенде **а-с** аймақтарының бірінде айтарлықтай қиындықтар немесе **d** аймағындағы маңызды мәселелер;

30-21 балл: **а-с** екі аймағында қатты айқын қиындықтар немесе **а-с** аймақтарында бұзылулармен бірге жүретін немесе жүрмейтін **d** аймағында қатты айқын проблемалар;

20-11 балл: Барлық **a-d** аймақтарында қатты анықталған бұзылулар немесе негізгі **a-c** аймақтарында бұзылулармен бірге жүретін немесе жүрмейтін **d** аймағындағы өте айқын проблемалар. егер пациент сыртқы тітіркендіргіштерге жауап берсе, ол 20-16 балл аралығына түседі; егер жоқ болса, онда – 15-11 балл аралығына түседі;

10-1 балл: Аспонтанность в сочетании с грубейшими нарушениями поведения без опасности для жизни больного (баллы 6-10) или с опасностью для жизни больного, например, угроза гибели вследствие голодания, обезвоживания, инфекций, неспособности оценить опасную ситуацию (баллы 5-1). Науқастың өміріне қауіп төндірмейтін мінез-құлықтың өрескел бұзылуымен (6-10 балл) немесе науқастың өміріне қауіп төндірумен, мысалы, ораза, дегидратация, инфекциялар салдарынан өлім қаупі, қауіпті жағдайды бағалай алмау (5-1 балл).

a-d аймақтары үшін критерийлер:

(a) аймағы

Балаларда оқу қабілеті саласындағы проблемалардың болмауы белгілі бір жасқа қол жетімді пәндік-практикалық іс-әрекеттің негізгі дағдыларын сәтті игерумен сипатталды. Әдетте, мұндай балалар балабақшаның жалпы тобына барады, мектептің жалпы білім беру бағдарламасы бойынша оқиды немесе осы мекемелерге жіберілуі мүмкін.

Бұл саладағы бұзылулардың әлсіз ауырлығы өнімділіктің ауытқуымен, жүктемелер кезінде зейіннің нашарлауымен, мақсатты әрекетке тартудағы кейбір қиындықтармен сипатталды. Бұл топтың балалары материалды игеру үшін көп күш жұмсауы керек еді, бірақ олар оны көмексіз жеңе алды.

Айтарлықтай айқын қиындықтар интеллектуалды белсенділіктің біркелкі емес қарқынымен, оқу үлгерімінің төмендеуімен, тез сарқылумен, алаңдаушылықпен және қызығушылық шеңберінің шектелуімен көрінді. Науқастардың бір бөлігінде жасына сәйкес келмейтін дыбыстық айтылу бұзылыстары байқалды. Балалар әлі де жалпы стандарттар бойынша оқиды, бірақ көбінесе мамандардың қосымша көмегі қажет етті: тәрбиешілер, психологтар, логопедтер.

Бұл саладағы елеулі бұзушылықтар интеллектуалды дамудың кешеуілдеуімен, құрдастарынан айтарлықтай артта қалумен, қызығушылықтардың жетілмегендігімен немесе артық құндылығымен, зейінді ауыстырудың қиындығымен сипатталды. Фразалық сөйлеудің бұзылуы, оқу, жазу дағдыларын игерудегі қиындықтар байқалды. Бұл балаларға мамандардың қосымша көмегі, сондай-ақ жасын ескере отырып оқытудың мамандандырылған шарттары ұсынылды: жалпы даму кемістігі бар топқа бару, жеке оқыту, психикалық дамуы тежелген балаларға арналған бағдарламаға көшу.

Оқу қабілетінің қатты айқын бұзылыстары осы ауруға тән айқын ойлау бұзылыстарымен бірге жүретін когнитивті тапшылықтың болуын болжайды. Сөйлеудің айқын дамымауы байқалды. Мектеп жасына дейінгі

балалар психикалық дамуы тежелген немесе ұйымдаспаған балаларға арналған топқа қатысты. Мектеп жасындағы балалар ОӘБ науқастарына арналған түзету бағдарламалары бойынша оқыды.

Бұл салада өте айқын дезадаптация терең когнитивті ақаумен сипатталды, көбінесе сөйлеу дағдыларының болмауы байқалды немесе сөйлеу коммуникативті функцияны атқармады. Осы топтағы мектеп жасындағы балалар ауыр ақыл-ой кемістігі бар адамдарға арналған көмекші бағдарлама бойынша оқыды немесе ұйымдаспады, жекелеген жағдайларда психоневрологиялық интернат шеңберінде болды.

(b) аймағы

Жақындармен және басқалармен қарым-қатынас критерийі бойынша бағалау келесідей жүргізілді: бұл салада проблемалардың болмауы жақындарға эмоционалды байланыстың болуымен, белсенді коммуникативті өзара әрекеттесумен, қарым-қатынас шеңберін кеңейтуге деген ұмтылыспен, басқалардың эмоциялары мен вербалды емес сигналдарын түсіну қабілетімен (жасын ескере отырып), достық байланыстар орнатумен сипатталды. Балалар құрдастарының тобында қуана сөйлесті, ұжымда жақсы бейімделді.

Нашар анықталған бұзылулар эмоционалды әлсіреумен, басқалармен қарым-қатынаста формальдылықпен, селективтілікпен және байланыстардың үстірт болуымен ерекшеленді.

Айқын бұзылулар байланыстар шеңберінің шектелуімен, достық қарым-қатынас орнатудағы қиындықтармен немесе қабілетсіздіктермен, жалғыздыққа деген ұмтылыспен, адамдармен емес, механизмдермен сабақтарға артықшылықпен, жаңа ұжымға бейімделу қиындықтарымен, топқа, сыныпқа барудан аулақ болумен сипатталды.

Эмоционалды жайпақтықпен, өзімшілдікпен, мәнерлі сөйлеуді сақтай отырып, қарым-қатынаста вербалды емес сигналдарды тану мен қолданудағы қиындықтармен, жалғыздыққа белсенді ұмтылумен, отбасы мүшелерімен байланыс шеңберін шектеумен, қорқынышпен, дұшпандықпен немесе басқа балаларға қызығушылықтың болмауымен ерекшеленетін балаларда айтарлықтай қиындықтар байқалды. Ұжымда болудың айтарлықтай қиындықтары атап өтілді.

Бұл саладағы күшті бұзылулар жақындарына немқұрайлылыққа немесе анасына айқын симбиотикалық байланысқа, «өзімніңкі-өзгеніңкі» ұғымын саралаудағы қиындықтарға, сөзге жауап беруге (селективті) дейін эмоционалды реакцияның дамымауын болжады.

Өте күшті бұзылулар кері сөйлеуге реакцияның болмауымен, кез-келген адамдармен байланыста болудан белсенді қашудан, эмоционалды реакциялардың монотондылығымен, болып жатқан жағдайдан бөлінуімен сипатталды.

(c) аймағы

3-4 жастағы балалар үшін өзіне-өзі қызмет көрсету дағдыларын игеру нормасы – ас құралдарын, кастрюльді пайдалану, киімді өз бетінше кию

және шешу, 6-7 жас – бауын байлау, түймелерді түймелеу, гигиеналық процедураларды өз бетінше орындау, 8-10 жас – өз заттарына қарау, қарапайым тағамдар дайындау, ұсақ ақшаны санау, 10-11 жастан бастап – дүкеннен зат сатып алу, үйді тазалау, негізгі үй техникасын қолдану.

Бұл саладағы нашар анықталған бұзылулар негізгі дағдыларды орындауда аз қиындықтармен сипатталды (дағдылар жасына қарай игерілді).

Айқын бұзылулар ыңғайсыздықпен, дағдыларды орындаудағы қиындықтармен (дағдыларды уақтылы дамытумен) сипатталды. Өзіне-өзі қызмет көрсету кезінде ересектерге басшылықты қажет ететін балаларда елеулі бұзылулар байқалады, дағдылар жасына қарай игерілді, бірақ ішінара немесе бұрмаланған түрде орындалады.

Қатты бұзушылықтар кішірек жас деңгейінде дағдыларды игеруді көздеді, күнделікті өмірде және өзіне-өзі қызмет көрсету кезінде көптеген жағдайларда ересек адамның көмегі қажет болды.

Ересектердің үнемі болуын талап ететін, өз бетінше қызмет ете алмайтын балаларда өте қатты бұзушылықтар байқалды.

(e) аймағы

d аймағының критерийлері келесі параметрлер болды: норма қозу мен агрессивті мінез құлықтың болмауы деп саналды.

Тұйықталу, дөрекілік, мінез-құлықтың демонстрациясы, басқаларға белсенді шағымдар нашар көрсетілген критерийлер болды.

Мінез-құлықтағы қашықтықсыздық, немқұрайлылық, негативизмнің көріністері айтарлықтай айқын критерийлер болып саналды.

Айтарлықтай айқын көріністерге мыналар кірді: айналасындағыларға балағат сөздер айту, заттардың бүлінуі, әлеуметтік қолайсыз мінез-құлық (жасын ескере отырып).

Айқын көріністерге мыналар кірді: айналасындағыларға ауызша қорқыту, басқаларға агрессия және / немесе ауыр физикалық зақым келтіру ниеті жоқ аутоагрессия.

Өте айқын критерийлер ауыр физикалық зақым келтіру немесе хаотикалық мақсатсыз агрессия және аутоагрессия үшін агрессивті мақсатты әрекеттер болды.

**Жалпы клиникалық әсер шкаласы /
Clinical Global Impressions Scale [7,121]**

Ауырлық шкаласы (CGI-S) – ауырлық дәрежесі-бұл 7 балдық шкала, ол дәрігерден науқастың ауруының ауырлығын бағалауды талап етеді.

Мүмкін рейтингтер:

- 1.Қалыпты, мүлдем ауырмайды
- 2.Психикалық науқастың шекарасы
- 3.Жеңіл ауырады
- 4.Орташа ауырады
- 5.Айтарлықтай ауырады
- 6.Ауыр науқас
- 7.Ең ауыр науқастардың арасында

Жақсару шкаласы (CGI-I) – жақсару 7 балдық шкала болып табылады, ол дәрігерден емделудің басында бастапқы жағдаймен салыстырғанда пациенттің жағдайы қаншалықты жақсарғанын немесе нашарлағанын бағалауды талап етеді.

Төмендегідей бағаланады:

- 1.Өте жақсы
- 2.Айтарлықтай жақсы
- 3.Минималды жақсару
- 4.Өзгеріссіз
- 5.Минималды нашар
- 6.Айтарлықтай нашар
- 7.Өте нашар

**Тиімділік индексі /
Efficacy index [7,121]**

Клиникалық жаһандық әсер-тиімділік көрсеткіші психиатриялық препараттармен емдеудің емдік әсерін және онымен байланысты жанама әсерлерді бағалайтын 4 × 4 бағалау шкаласы болып табылады.

Терапиялық әсер	Жанама әсерлері		
	Науқастың жұмысына айтарлықтай әсер етпейді	Науқастың жұмысына айтарлықтай араласады	Терапиялық әсерді тежейді
Айтарлықтай жақсару. Барлық белгілердің толық немесе толық дерлік ремиссиясы			
Орташа жақсару. Симптомдардың ішінара ремиссиясы			
Минималды-науқастың жағдайын өзгертпейтін шамалы жақсару			
Өзгеріссіз немесе нашарлау			

ОӘЖ 616.896-053.2-07

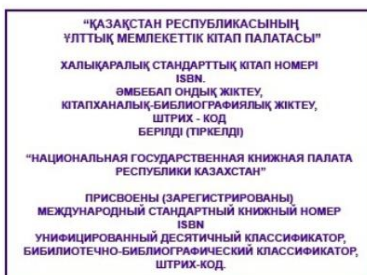
КБЖ 56.12

P22

Кошербаева Л.К., Бекетаева Г.К., Имаматдинова А.М.

**БАЛАЛАРДАҒЫ АУТИЗМ СПЕКТРИНІҢ БҰЗЫЛЫСТАРЫН
МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК
ДЕҢГЕЙІНДЕ ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАЛАУ. ӘДІСТЕМЕЛІК
НҮСҚАУЛЫҚТАР.**

ISBN 978-601-7647-25-4



ISBN 978-601-7647-25-4



