ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук

К. А. Натарова, А. В. Семке, Е. В. Гуткевич

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ, РЕГИОНАЛЬНЫЙ И СЕМЕЙНЫЙ АСПЕКТЫ)

Издательство «Иван Федоров»

Томск

2012

УДК 616.896-056.7-058-07-08-036.8 ББК Р645.090-359 Н332

Рецензенты:

А. А. Сумароков – д-р мед. наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития России

А. В. Елисеев – д-р мед. наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ППС ГБОУ ВПО Сибирский ГМУ Минздравсоцразвития России (Томск)

Н332 Натарова К. А., Семке А. В., Гуткевич Е. В.

Расстройства аутистического спектра (клинико-динамический, региональный и семейный аспекты). – Томск : Изд-во «Иван Фёдоров», 2012. – 192 с.

ISBN

Монография подготовлена по материалам комплексного исследования. В главе 1 (обзор литературы) описано влияние клинических, конституциональнобиологических и микросоциальных факторов на формирование расстройств аутистического спектра (РАС). Глава 2 посвящена методологическим подходам к анализу РАС. В главе 3 дается подробная клинико-эпидемиологическая характеристика РАС в городской популяции Сибирского региона (их распространенность. клиническая и клинико-нозологическая характеристика, особенности социальной адаптации больных РАС). Глава 4 раскрывает роль биологических, конституциональных и микросоциальных факторов в формировании РАС, их влияние на прогноз. В главе 5 рассматриваются вопросы реабилитации больных РАС на разных этапах течения заболевания с алгоритмом оказания специализированной помощи данной категории пациентов. Для психиатров, социальных и клинических психологов, психотерапевтов, работающих с контингентом пациентов с расстройствами аутистического спектра, врачей различных специальностей, в том числе врачей общей и семейной практики, врачей-генетиков, а также студентов медицинских вузов.

> УДК 616.896-056.7-058-07-08-036.8 ББК Р645.090-359

ISBN

Оформление обложки - М. М. Аксенова

- © Натарова К. А., Семке А. В., Гуткевич Е. В., 2012
- © ФГБУ «НИИ психического здоровья» СО РАМН, 2012

FSBI «Mental Health Research Institute» Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences

K. A. Natarova, A. V. Semke, E. V. Gutkevich

AUTISTIC SPECTRUM DISORDERS (CLINICAL-DYNAMIC, REGIONAL AND FAMILY ASPECTS)

Publishing House «Ivan Fedorov»

Tomsk

2012

УДК 616.896-056.7-058-07-08-036.8 ББК Р645.090-359 Н332

Reviewers:

A. A. Sumarokov – MD, Professor of Psychiatry and Addiction Psychiatry Department of SBEI HPE Krasnoyarsk Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky State Medical University

A. V. Eliseev – MD, Professor of Psychiatry, Addiction Psychiatry and Psychotherapy Department of Faculty of Training and Retraining of Specialists SBEI HPE Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare and Social Development of RF (Tomsk)

H332 Natarova K. A., Semke A. V., Gutkevich E. V.

Autistic spectrum disorders (clinical-dynamic, regional and family aspect). –

Tomsk: Publishing House «Ivan Fedorov». 2012. – 192 p.

ISBN

The monograph has been prepared according to materials of complex investigation. In chapter 1, (literature review) influence of clinical, constitutional-biological and microsocial factors on formation of autistic spectrum disorders (ASD) has been described. Chapter 2 has been devoted to methodological approaches to analysis of ASD. In chapter 3, detailed clinical-epidemiological characteristic of ASD in urban population of Siberian region (their prevalence, clinical and clinical-nosological characteristics, and peculiarities of social adaptation of ASD patients) has been introduced. Chapter 4 opens role of biological, constitutional and microsocial factors in ASD formation, their influence on prognosis. In chapter 5, questions of rehabilitation of ASD patients at various stages of course of the disease with algorithm of rendering of specialized help for this category of patients have been considered. For psychiatrists, social and clinical psychologists, psychotherapists, working with contingent of patients with autistic spectrum disorders, physicians of various specialties, including general practitioners and family doctors, geneticists as well as students of medical high schools.

УДК 616.896-056.7-058-07-08-036.8 ББК Р645.090-359

ISBN

Cover design – M. M. Aksenova

© Natarova K. A., Semke A. V., Gutkevich E. V., 2012

© FSBI «Mental Health Research Institute» SB RAMSci, 2012

Аутистические расстройства — не новая проблема в психиатрии. Однако и в настоящее время она по-прежнему остается актуальной. Это объясняется все увеличивающимся количеством пациентов с диагнозом раннего детского аутизма и расстройств аутистического спектра, их первазивностью, а также клинической гетерогенностью и определенными трудностями своевременной диагностики и, самое главное, отсутствием системы дифференцированной специализированной помощи таким лицам. Аутизм всё в большей степени становится объектом внимания не только психиатров, но и психологов, психотерапевтов, социальных педагогов, биологов, генетиков. Стоит отметить и возросший общественный интерес к данной проблеме. Налицо многоплановый подход современных исследований аутизма. Данная монография относится именно к такой категории.

В коллективной монографии собраны материалы по изучению влияния клинических, конституционально-биологических и микросоциальных факторов на формирование, течение и прогноз аутистических расстройств в детской популяции и у взрослых с последствиями аутизма. В результате многолетних наблюдений были получены оценки распространенности расстройств аутистического спектра в одном из крупнейших регионов Российской Федерации, разработаны и внедрены в практику методические рекомендации по их дифференциальной диагностике. Новыми являются подробные данные о влиянии биологических факторов (беременность матерей, неврологическая и соматическая патология) на формирование аутистических расстройств, их прогноз. Весьма важными и показательными являются исследования семей больных расстройствами аутистического спектра. Впервые установлено повышение частоты шизоидной структуры личности, психических расстройств эндогенного круга у отцов больных и у родственников – мужчин. Данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями, о присутствии в семьях больных родственников с шизоидной личностной акцентуацией позволят проводить дальнейшие исследования в данном направлении, развивать профилактику рождения детей с аутизмом в семьях, где родители или близкие родственники имеют шизоидную структуру личности путем проведения медикогенетического консультирования.

Особое внимание в монографии уделено вопросам реабилитации больных расстройствами аутистического спектра на разных этапах течения заболевания с алгоритмом оказания специа-

лизированной помощи. Доказана результативность психотерапевтической коррекции у пациентов, проводившейся в условиях диспансера, в том числе впервые начатой во взрослом возрасте, и её позитивное влияние на социальную адаптацию больных. На основании результатов исследования разработаны новые комплексные реабилитационные программы с вовлечением родителей в процесс коррекции и оказывающие существенное влияние на повышение социальной адаптации пациента, улучшающие качество их жизни. Знание выявленных микросоциальных факторов, оказывающих влияние на динамику расстройств аутистического спектра, может стать мощным стимулом в создании новых социальных программ, направленных на поддержку семей больных аутизмом.

Коллектив авторов представил уникальный материал по клинико-динамическим, региональным и семейным аспектам расстройств аутистического спектра. Монография адресована специалистам психиатрам, клиническим и социальным психологам, психотерапевтам, педагогам и социальным работникам, врачамгенетикам, участвующим в оказании специализированной помощи больным аутистическими расстройствами. Книга может использоваться студентами, изучающими медицинские, в том числе генетические, психологические и социальные науки.

Николай Васильевич Говорин, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГБОУ ВПО Читинской ГМА Минздравсоцразвития России

Введение

Логическое мышление, работающее с помощью картин воспоминания, должно быть приобретено путем опыта, в то время как аутистическое мышление следует прирожденным механизмам.

Е. Блейлер (1928)

Ранний детский аутизм (ДА) и расстройства аутистического спектра (РАС) являются актуальной проблемой современной детской психиатрии. Изучение аутизма привлекает все большее внимание исследователей и врачей общей практики. Это связано с высокой распространенностью РАС, что подтверждается данными исследований и отражается в документах медицинской статистики (Башина В. М., 1999; Children's Biomedical Center of Utah, 2003; Baron-Cohen S., Wheelwright S., 2004; Burgess A. F., Gutstein S. E., 2007). По данным статистики, в 80-90 гг. XX в. в странах Западной Европы и США частота ДА составляла от 15 до 20 случаев на 10 000 детского населения. В последнее время интенсивный показатель распространенности ДА увеличился в 5–10 раз в большинстве стран, где ведется статистика этого вида расстройств.

За последнее десятилетие в России изменился взгляд на природу и прогноз ДА. Критерии ДА, предложенные Каннером в 1943 г., уточнялись и дополнялись. В развитии новых разработок в области диагностики и коррекции ДА огромный вклад принадлежит отечественным ученым В. М. Башиной, О. С. Никольской, Е. Р. Баенской, М. М. Либлинг. Описаны особенности аутистических нарушений при обменных и хромосомных заболеваниях (Симашкова Н. В., 2006: Симашкова Н. В., Якупова Л. П., Башина В. М., 2006; Ворсанова С. Г., Юров И. Ю., Демидова И. А. и др., 2006; Ворсанова С. Г. и др., 2006). Сама концепция аутизма и диагностические критерии и методы его лечения продолжают развиваться. Расширение диагностических критериев и выявление новых клинических вариантов РАС требуют разработки новых. более дифференцированных коррекционных подходов. Стоит отметить возросший общественный интерес к данной проблеме. Аутизм становится объектом внимания не только психиатров, но и психологов, психотерапевтов, социальных педагогов. Увеличилось число квалифицированных специалистов, имеющих возможность осуществлять качественную помощь больным РАС. Однако аутистические нарушения продолжают оставаться расстройствами, зачастую приводящими к инвалидизации и социальной дезадаптации больных. Тем не менее ведущие российские исследователи утверждают, что «в целом для детского психоза характерна положительная динамика течения: благоприятный исход — в 84 % случаев» (Симашкова Н. В., Клюшник Т. П., Якупова Л. П. и др., 2011).

Причины возникновения РАС разнообразны. Чаще всего это патология так называемого шизофренного спектра, реже - особая органическая недостаточность центральной нервной системы (ЦНС) (хромосомного, биохимического генеза). РАС рассматриваются как первазивные расстройства развития, имеющие генетическую основу предрасположенности к данным заболеваниям. Поиск генетических основ нервных и психических заболеваний, связанных с различными формами аутизма, является актуальным направлением в современной биологической психиатрии. По результатам исследований в области генетики психических заболеваний (Ворсанова С. Г., Юров И. Ю., Демидова И. А. и др., 2006; Ворсанова С. Г., Воинова В. Ю., Юров И. Ю., 2009; Simms M. L., Kemper T. L., Timble C. M. et al., 2009), у родителей лиц с РАС и у самих больных выявлена высокая частота хромосомных аномалий; ведется поиск семейных генетических маркеров аутистических заболеваний. Мутации в гене МЕСР2, ответственном за формирование синдрома Ретта, были обнаружены и у мальчиков, что приводит к неврологическим и психическим нарушениям различной степени тяжести. Однако модус наследственности остается неизвестным и, согласно современным данным, генетический вклад в клинический фенотип незначителен даже при моногенных заболеваниях генотип лишь задает возможные пределы фенотипической вариабельности, а развитие конкретного заболевания определяется дополнительными факторами (Wolf U., 1995), что предполагает возможность влияния биологических, конституциональных и микросоциальных факторов на их формирование, течение, прогноз и социальную адаптацию пациентов.

Актуальность проблемы РАС определяется их возрастающей распространенностью и первазивностью. Нарушения проявляются практически во всех областях психической деятельности: когнитивной, аффективной, коммуникативной, сенсорики и моторики, внимания, памяти, мышления, речи и представляют трудности в диагностике и лечении.

В настоящее время за рубежом и в России большое внимание уделяется разработке комплексных реабилитационных про-

грамм, принимающих во внимание психологические особенности РАС. Современные коррекционные подходы включают прикладной поведенческий анализ (ППА), использование «моделей развития» (develompental models), структурированное обучение (ТЕАССН), логопедическую терапию, обучение социальным навыкам (Seida J. K., Ospina M. B., Karkhaneh M. et al., 2009). Применение этих подходов на практике требует создания специализированных центров, направленных на многопрофильную и многоступенчатую помощь больным РАС. Для эффективной диагностики и терапии РАС необходимы преемственность между специалистами разных ведомств, их высокий профессиональный уровень. Полноценная реабилитация больных РАС требует больших материальных затрат (Манелис Н. Г., 1999; Ремшмид Х., 2003). Это переводит аутизм из разряда чисто медицинских проблем в профиль проблем социально значимых. Необходимо создание эффективных и доступных социальных программ по оказанию реабилитационной помощи больным РАС и их семьям, образовательных программ для специалистов разных специальностей, направленных на обучение работе с больными РАС.

Таким образом, влияние биологических, конституциональных и микросоциальных факторов на возникновение, течение и прогноз аутизма в ряде случаев имеет большое значение. Вместе с тем нет однозначного мнения на этот счет — большинство данных получено в открытых неконтролируемых исследованиях или основываются на отдельных наблюдениях. Отсутствие четкой, аргументированной концепции нозологического содержания, биологической составляющей и смыслового наполнения проявлений РАС препятствует дифференцированной диагностике, эффективной реабилитации и социальной адаптации пациентов с РАС.

Актуальность определяется распространенностью РАС в популяции, недостаточной изученностью влияния биологических, конституциональных и социально-экономических факторов на возникновение, течение и прогноз заболевания, необходимостью снижения риска инвалидизации и социальной дезадаптации среди пациентов, разработкой новых комплексных реабилитационных программ, направленных на оказание всесторонней медицинской и психолого-педагогической помощи больным РАС.

В предложенной вниманию заинтересованных данной проблемой специалистов монографии представлены результаты изучения влияния клинических, конституциональнобиологических и микросоциальных факторов на формирование.

особенности течения и прогноз РАС на разных возрастных этапах с разработкой алгоритма комплексной лечебнопрофилактической помощи данной категории больных.

В связи с этим проанализированы распространенность и динамику основных проявлений РАС на разных возрастных этапах; изучена роль клинических, конституционально-биологических и микросоциальных факторов в формировании РАС; выявлены и описаны факторы, определяющие прогноз заболевания; разработаны комплексные программы помощи больным РАС на разных возрастных этапах с последующим их внедрением.

Глава 1

Развитие психики связано с движением, эволюция и прогресс всех психологических явлений обусловлены подвижностью организма. Эта подвижность стимулирует, активизирует и требует все большей интенсификации умственной деятельности.

А. Адлер «Понять природу человека» (1997)

УЧАСТИЕ КЛИНИЧЕСКИХ, КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ И МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (обзор литературы)

Первые упоминания о людях с аутистическими нарушениями встречаются в медицинских трактатах XVIII в., хотя сам термин «аутизм» еще не употреблялся. Этап с XVIII в. до начала XX в. в развитии исследований аутизма называют донозопогическим. Французский исследователь Дж. М. Итар (Wolff S., 2004) в монографии «Дикий мальчик из Аверона» описал состояние, очень похожее на аутизм, на примере мальчика Виктора, найденного в лесах близь Аверона. В более поздней работе «Мутизм, вызванный поражением интеллекта» (1828) Итар изложил попытки реабилитации Виктора, описав методы, которыми пытался привить мальчику социальные навыки, а также обобщил результаты 28-летних исследований детей с нарушением социальной адаптации, речи и коммуникативных навыков, приемы диагностики и коррекции таких нарушений. Однако исследования Итара не вызвали серьезного интереса у современников.

1.1. Место нарушений расстройств аутистического спектра среди других психических расстройств

Впервые термин «аутизм» в обращение ввел швейцарский психиатр Е. Блейлер в работе «Раннее слабоумие или группа шизофрении» (Kuhn R., Cahn C. H., 2004) при описании ухода больных в мир фантазий, эмоциональном оскуднении. Термин стал активно использоваться в среде психиатров.

Несколько позже, в 1927 г., отечественные психиатры Г. Е. Сухарева, Г. П. Симеон описали феномен «шизоидии» у детей, характеризующийся отрывом от реальности и полной погруженностью в свой внутренний мир (Башина В. М., 1993). В 1937 г. вышла работа J. Lulz с описанием «пустого» аутизма. Данный период изучения аутизма принято называть «доканнеровским».

Следующий период, так называемый каннеровский, начинается с 1943 г., с момента описания Лео Каннером (1943) аутизма как самостоятельного синдрома. Каннер приводит исследование 11 детей, имеющих трудности в установлении контактов с окружающими, нарушения речевого развития, склонность к уединению, двигательные и речевые стереотипии, и отмечает начало проявления симптоматики уже на первом году жизни. Каннер назвал настоящий синдром «ранним детским аутизмом». Автор описал детей, страдающих аутизмом, как не способных формировать обычные, биологические контакты с людьми.

Диагностическими критериями раннего детского аутизма Каннера (1943) считались: глубокое нарушение аффективного контакта с окружающими, однообразные формы активности, «очарованность» сенсорными раздражителями, мутизм, высокие способности механической памяти. Синдром детского аутизма Каннер относил к заболеваниям шизоидного круга и подчеркивал, что аутизм может начинаться уже в младенчестве, называя данную патологию «ранний младенческий аутизм». В дальнейшем сроки начала аутистических нарушений продолжали уточняться (Rutter M., 1967, 1968). Позднее, базируясь на основе многочисленных исследований, были приняты 4 диагностических критерия раннего детского аутизма: возраст начала заболевания до 30 месяцев, отсутствие социальной активности, речевые нарушения, присутствие стереотипной деятельности. Практически одновременно с Каннером, в частности в 1944 г., австрийский ученый Ганс Аспергер (Wolff S., 2004) дает описание подростков с нарушением социального взаимодействия, проблемами в коммуникации, склонностью к уединению, но без выраженных нарушений речи и с сохранной функцией интеллекта. Самостоятельное название синдром Аспергера получил только в 1981 г. По сути, авторами было описано одно и то же заболевание, но лишь с разной степенью выраженности клинических проявлений. В настоящее время термин «синдром Каннера» применяется к тяжелым случаям проявления аутизма, «синдром Аспергера» - к пациентам с более легким течением при сохранном интеллекте.

Среди отечественных психиатров первым заинтересовался проблемой аутизма С. С. Мнухин. Синдром аутизма он описывает в монографии под названием «О синдроме «раннего детского аутизма» или синдроме Каннера у детей» (1947), полагая, что диагностическим критериям соответствуют только пациенты с органическим поражением ЦНС и тяжелой умственной отсталостью. Ав-

тор разграничил аутизм и раннюю детскую шизофрению и выразил точку зрения на то, что причиной аутистических проявлений служит раннее поражение ЦНС, при котором происходит снижение «жизненного тонуса», витальных функций, вследствие чего нарушается формирование реакций, направленных на самосохранение, изменяется пищевое поведение, задерживается формирование самосознания. Н. S. Sulivan (1953, 1992) предложил собственную трактовку аутизма, определяя его как регресс, происходящий на ранних уровнях психического дезонтогенеза. Ряд авторов того времени описывают аутизм как один из симптомов шизофрении (Гуревич М. О., 1927; Озерецкий Н. И., 1938; Симсон Т. П., 1948; Вроно М. Ш., 1982), наряду с такой симптоматикой, как слабая эмоциональная откликаемость, отстраненность от окружающего мира, эхолалии, поведенческие нарушения.

К 1950 г. интерес к синдрому детского аутизма значительно возрос в США и странах Западной Европы. Многие исследователи склонялись в пользу психоаналитических теорий возникновения заболевания, видя причину аутизма в психотравмирующих факторах, воздействовавших на ребенка, и особенно в нарушении семейных взаимоотношений. Широкую известность получили труды Бруно Беттельхейма, описывающие «холодное», безразличное отношение родителей, и особенно матерей, к детям в семьях больных аутизмом (Беттельхейм Б., 2004). Позднее данная теория не нашла подтверждения, хотя до настоящего времени в научном мире встречаются её приверженцы.

С 60-х гг. прошлого века издаются книги, написанные родителями больных аутизмом. Американский психолог Бернард Римланд, а также еще и отец больного аутизмом, основал Национальное Общество для аутичных детей. Именно его называют «создателем современной теории аутизма». Им издан ряд монографий о больных аутизмом и их особенностях взаимоотношений в семьях (Rimland D., 1970, 1974, 1982, 1985).

В 1978 г. Правление Национального детского Общества США ввело единые диагностические критерии ДА, определяя его как поведенческий синдром с началом до 30 месяцев, включающий в себя нарушения социального взаимодействия, расстройство сенсорных функций, нарушения социального взаимодействия, расстройства речи. Исследования в области генетики позволили описать аутизм как проявление таких заболеваний, как синдром Ретта, фенилкетонурия, синдром Дауна, синдром ломкой X-хромосомы (Эльконин Д. М., 2004; Frith U., 1985; Gillberg Ch., 1995).

Большой вклад в изучение аутизма внесла отечественный психиатр В. М. Башина. На ранних этапах своей деятельности автор рассматривала аутизм как «конституциональное особое состояние». отличное от прочих психиатрических нозологий. Позднее исследователь обобщила имеющиеся сведения о синдроме детского аутизма, описала настоящий синдром как возникающий в рамках шизофрении и органического поражения головного мозга (Башина В. М., Симашкова Н. В., 1981). Под руководством В. М. Башиной в 1997 г. в Научном центре психического здоровья РАМН (Москва) была разработана классификация детского аутизма, основанная на клинико-нозологическом подходе. В соответствии с ней выделены следующие формы детского аутизма: 1) детский аутизм эндогенного генеза: синдром Каннера, процессуальный аутизм, детский аутизм; 2) синдром Аспергера (конституциональный аутизм); 3) аутистически подобные синдромы при органическом поражении ЦНС: 4) аутистически подобные синдромы при обменных, хромосомных и других нарушениях; 5) синдром Ретта; 6) аутистически подобные синдромы экзогенного генеза; 7) аутизм неясного генеза.

В настоящее время в связи с принятием в России МКБ-10 аутизм относится к разделу нарушений психологического (психического) развития и подразделяется на следующие формы: 1) детский аутизм (детский психоз) (F84); 2) атипичный аутизм (атипичный детский психоз, умственная отсталость с чертами аутизма) (F84.1); 3) синдром Ретта (F84.2); 4) другое дезинтегративное расстройство детского возраста (F84.4); 5) гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4); 6) синдром Аспергера (F84.5).

В нашей стране основными исследователями в сфере расстройств аутистического спектра являются видные ученые: К. С. Лебединская, О. С. Никольская, М. М. Либлинг, внесшие неоценимый вклад в изучение этиологии и способов лечения настоящей группы заболеваний. В своих трудах они широко рассматривают клинические характеристики РАС, нарушения социального взаимодействия больных аутизмом, взаимоотношения пациентов со сверстниками и членами семьи. Аутизм определяется как асинхронный тип развития ребенка, при котором недоразвитие одних психических функций сопровождается ускоренным развитием других в сочетании с искаженным базовым развитием поведения. В детской психиатрии «...прослеживается отчетливая тенденция к расширению концепции аутизма от

«раннего детского аутизма» до нозологически неопределенного «аутистического спектра расстройств» (Микиртумов Б. Е., 2009). Ученые описывают способы коррекционной работы, возможности её начала в самом раннем возрасте, а также психологопедагогическое сопровождение больных аутизмом на протяжении всей жизни (Лебединская К. С., Никольская О. С., 1991; Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М., 2005).

Таким образом, в настоящее время современная психиатрия рассматривает аутизм как первазивное расстройство развития, основными проявлениями которого являются нарушение коммуникации, снижение социальной адаптации в совокупности со стереотипными формами поведения. Основными типами аутизма принято считать классический аутизм Каннера и другие варианты РАС разного генеза.

1.2. Роль биологических факторов в формировании расстройств аутистического спектра

Этиология РАС до настоящего времени остается неясной и представляет интерес для научных исследований. Общепризнанным является факт того, что к аутизму могут приводить различные биологические причины (Манелис Н. Г., 1999; Ремшмидт Х., 2003; Schopler E., Mesibov G. B., 1987). Но до сих пор остается не понятным, как именно настоящие факторы провоцируют возникновение РАС. Большой интерес представляет влияние биологических факторов на формирование отдельных клинических форм аутистических нарушений (Пичугина Ю. А., Сумароков А. А., Салмина А. Б. и др., 2009).

Большое значение современные исследователи придают неврологической патологии как фактору, влияющему на возникновение РАС. В литературе значительное место отводится обсуждению воздействия раннего повреждения головного мозга на возникновение аутизма. К. Гилберт, Т. Питерс (2005) утверждают, что среди детей с аутизмом большее число случаев повреждения головного мозга отмечается в пре-, пери- и неонатальный периоды развития, чем среди остальной детской популяции. По данным компьютерной томографии и МРТ среди больных РАС имеют место изменения в мозжечке, височных областях и околожелудочковых пространствах. Обращают внимание нарушения кровообращения в разных отделах головного мозга.

Однако вышеперечисленные нарушения носят разнородный характер и значительно отличаются у разных пациентов. Точная связь между уровнем мозговой дисфункции, видом и степенью тяжести РАС остается не установленной. Интересным может показаться тот факт, что некоторые неврологические нарушения, обнаруженные у больных шизофренией, сходны с теми, что выявляются у пациентов с РАС. Кроме того, существуют неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении и заболеваниям эндогенного спектра (Горюнова А. В., 1995).

Согласно данным многочисленных исследований, у больных эндогенными заболеваниями в приоритетном большинстве выявляется неврологическая патология (Smith B. H., Waschbusch D. A., Willoughby M. T., Evans S., 2000; Green M. F., 2006). При этом клинические варианты патологии центральной нервной системы весьма разнообразны (Востриков В. М., 2004). Чаще всего у больных РАС обнаруживают энцефалопатию вследствие перинатальных поражений центральной нервной системы, обусловленных гипоксическими нарушениями.

В пользу связи аутизма с патологией центральной нервной системы говорит и тот факт, что у части больных РАС возникают единичные эпилептические приступы, а в дальнейшем возможно развитие эпилепсии (Зенков Л. Р., Шевельчинский С. И., Константинов П. А. и др., 2004; Swanson J., Posner M., Fusella J., Wasdell M., Sommer T., Fan J., 2005).

Данные, полученные в ходе последних исследований (Benvenuto A. et al., 2009), свидетельствуют о более чем 80 % неврологической отягощенности среди больных РАС, что позволяет говорить о генетической предрасположенности к наличию фактора, влияющего на разрушение нервных окончаний и межнейронных связей. Существует точка зрения о нарушении метаболизма в митохондриях нейронов, вызывающем интоксикацию и гибель нейрона, вследствие чего происходит нарушение межнейронных связей, обусловливающее общемозговую дисфункцию. О нарушении в межнейронном взаимодействии при РАС говорят Вилаянур Рамачандран и Линдсей Оберман (2009). Авторы утверждают, что у пациентов с аутизмом отмечается снижение активности нейронов в области нижней фронтальной извилины - одном из отделов премоторной коры, в угловой извилине и передней поясной коре. Обращают внимание часто встречающиеся при аутизме аномалии в развитии мозжечка.

Дисфункцией вышеперечисленных систем можно объяснить наличие дефектов речи, нарушение мелкой моторики, проблемы в сфере общения. На основании этих исследований авторы делают предположение о возможной эффективности таких методов лечения, как биологическая обратная связь и применение нейромодуляторов. Однако не находит объяснения возникновение таких симптомов аутизма, как стереотипии, наличие ритуальных действий, избегание визуального контакта. По всей вероятности, наряду с нарушением межнейронных связей имеет место нарушение связей между отделами головного мозга (Исаев Д. Н., 2007; Fullerton H. J., Johnston S. C., Smith W. S., 2004; Oberman L. M. et al., 2005).

В настоящее время нет единого мнения о механизме, степени выраженности нарушений связей между нейронами и отдельными структурами мозга, четкой связи их с РАС и тяжестью проявлений аутизма. На протяжении ряда лет проводятся исследования строения головного мозга больных РАС с определением связи между нарушением в строении и аутистическими проявлениями. Наиболее заметными в научном мире явились работы зарубежных исследователей с использованием косвенных показателей работы мозга, таких как размер головы и соотношение между отделами головного мозга (Leontovich T. A., Mikhina J. K., Fedorov A. A., Belichenrko P. V., 1999; Fombonne E., 2000; Lainhart J. E., 2003; Courchesne E., Carper R., Akshoomoff N., 2003; Fontenelle L. F., Mendelowicz M. V., Berreza de Menezes G. et al., 2004).

Сведения, представленные учеными, противоречивы, так как приводятся данные о пациентах с макро- и микроэнцефалией; и оба нарушения трактуются как подтверждение нарушения развития мозга, приводящего к аутистическим расстройствам со сходной клинической картиной. В обоих случаях отмечаются нарушения в социальном взаимодействии, «оторванность» от реальных событий, стереотипная деятельность, нарушения в сфере грубой и тонкой моторики. Существуют данные о локальном расширении фронтальной коры и нарушении мозгового кровообращения при раннем детском аутизме (Kiesllich M., Fidler A., Heller C., Kreuz W., Jacobi G., 2004; Carper R. A., Courchesne E., 2005). Последние патолого-анатомические исследования мозга больных аутизмом показали наличие множества отклонений в строении разных отделов головного мозга. Нельзя не отметить, что обнаружены значительные дефекты развития мозжечка и фронтальной коры. На основании этих данных исследователями сделаны

предположения о нарушениях взаимодействия между нейронами фронтальной коры, мозжечка и другими отделами головного мозга (Вандыш-Бубко В. В., 2008; Acta Neuropathology, 2009).

Поскольку речь идет о нарушениях развития нервной системы, то большой интерес представляло изучение факторов, их определяющих. Одним из них является фактор роста нервов (ФРН), который представляет собой нейропептид, обусловливающий выживание зрелых нейронов и контроль направленного роста, ветвления нервных окончаний и установления межнейрональных контактов в процессе эмбрионального и раннего постнатального развития. При обследовании группы больных было установлено, что повышенный уровень антител к ФРН при детском аутизме Каннера имеет место приблизительно в 50 % случаев. При шизофрении такие антитела выявляются еще в большем проценте случаев, а при синдроме Аспергера практически не обнаружены. Таким образом, синдром Каннера занимает между ними промежуточное место (Башина В. М., 1995; Башина В. М. и др., 1997; Zapotoczky Н. G., 2005).

Связь патологии ЦНС с психическими расстройствами, в частности с аутизмом, представляется несомненной, однако остается много неясного в данном вопросе, что требует дальнейших исследований и детальной проработки.

На протяжении последнего десятилетия в литературе периодически появляется информация о влиянии вакцинации на возникновение детского аутизма. Один из приверженцев «вакцинной» теории, профессор нейроиммунологии Центра интегрированных биосистем Университета штата Юта США Виджендра Сингх (2004) в своем докладе экспертной комиссии Института медицины выдвинул «гипотезу аутоиммунности».

Гипотеза предполагает, что под воздействием факторов внешней среды, таких как вирусы, инфекции и вакцины, в организме происходит запуск аутоиммунных механизмов, обладающих повреждающим воздействием на миелиновую оболочку нервных волокон. Основанием для возникновения гипотезы послужило исследование уровня антител к вирусам краснухи, кори, цитомегаловируса и герпеса у детей-аутистов и детей контрольной группы. Выяснилось, что уровень антител к вирусу краснухи значительно выше в группе детей с аутизмом, чем у детей контрольной группы. На этом основании автор делает вывод, что вакцинация против краснухи может привести к запуску аутоиммунных механизмов (Сингх В. К., 2004).

Похожих взглядов придерживается ряд зарубежных исследователей (Sarah K. Parker, Benjamin Schwarts, James Todd and Larry K. Pickering), выразивших свое мнение о патогенетическом влиянии вакцин при развитии РДА в журнале «Pediatric» в 2004 г.

Активными сторонниками «вакцинной» теории являются американские исследователи М. R. Geier, D. A. Geier (2003). В ряде статей они публикуют результаты многолетних исследований влияния компонентов вакцин и солей тяжелых металлов на возникновение аутизма. Некоторые авторы указывают на наличие временной связи между резким скачком заболеваемости аутизмом в период 1989—1992 гг. и вакцинацией против паротита, кори и краснухи (Lancet, 1999).

По поводу возможного влияния вакцин на развитие аутизма в литературе высказывается и противоположное мнение. Пол Офит (2008) предложил подробное исследование воздействия вакцин на детский организм и с полной уверенностью опровергает возможность развития аутизма вследствие вакцинации. Однако ряд авторов (Tailor B., Miller F. et al., 2003) полностью опровергают мнение о патогенетическом влиянии вакцинации.

Отмечено, что среди детей с аутизмом больше врожденных дефектов развития, чем в детской популяции в целом. По данным последних исследований, среди больных РАС выявлено 6 % детей с врожденными дефектами развития. Отмечается так же высокая корреляция между врожденными дефектами физического развития и аутизмом, сопровождающимся интеллектуальным снижением (Willemsen-Swinkels S. H., 2005). Периодически делаются попытки возложить ответственность за возникновение РАС на нарушение обменных процессов, развивавшихся в организме пациента вследствие врожденного дефекта строения тканей и органов желудочно-кишечного тракта.

Одной из самых известных в данной области явилась работа группы британских ученых под руководством доктора Уэйкфилда о выявлении гиперплазии лимфатической ткани в илеоцекальной области у детей с РАС (Wakefield A. J. et al., 1998). Регрессия развилась сразу после иммунизации только у одной трети обследованных, но почти во всем биопсийном материале были выявлены признаки воспалительной реакции, характерной для кори (Wakefield A. J. et al., 1998). Эти данные позволяют предполагать, что корь может действовать вместе с другими факторами (например, генетической предрасположенностью, инфекционным поражением или множественной вакцинацией), приводя

к возникновению хронического воспалительного ответа, влекущего за собой обменные нарушения. Мнения исследователей по этому поводу весьма неоднозначны.

Однако попытки связать аутизм и врожденные нарушения в строении тканей кишечника предпринимаются исследователями до настоящего времени. Так, специалисты итальянского Института гастроэнтерологии L. de Magistris, V. Familiari, A. Pascotto (2010) приводят новые данные о проведенном исследовании органов желудочно-кишечного тракта у больных аутизмом и их родственников первой степени родства. Исследователи пришли к выводу, что у настоящих лиц существенно нарушена проходимость кишечной стенки, вследствие чего изменены всасывание и обмен микроэлементов. Однако настоящая гипотеза не объясняет, как именно нарушение обменных процессов могло привести к возникновению РАС, поэтому требует дальнейшего подтверждения и изучения.

Следует отметить, что в литературе в последнее время стала появляться информация о связи аутоиммунных заболеваний у родителей с возникновением РАС у детей. Одним из заболеваний, коррелирующих с аутизмом, называют ревматизм. Однако исследования в этой области далеки от завершения, а их результаты требуют дальнейшего подтверждения (Keil A., Daniels J. L., Forssen U., Hultman C. et al., 2010). РАС являются первазивными, как многие другие психические заболевания, и требуют всестороннего изучения, особенно с учетом влияния самых разных групп биологических, конституциональных и микросоциальных факторов (Аксенов М. М., 2003).

Таким образом, приведенные литературные данные свидетельствуют о различных точках зрения на роль биологических факторов в формировании расстройств аутистического спектра, что требует дальнейшего их изучения и систематизации.

1.3. Конституциональные и наследственные факторы возникновения расстройств аутистического спектра

Исследователи всегда проявляли существенный интерес влиянию конституциональных факторов на формирование, течение и прогноз расстройств аутистического спектра. Многие наследственные болезни человека сопровождаются психическими нарушениями разной степени выраженности, примером могут служить болезни Дауна, Клайнфелтера, Шерешевского—Тернера

и др. (Вартанян М. Е., 1970). Хромосомные аномалии являются самой частой формой наследственной патологии у человека. Их систематический поиск у больных психическими заболеваниями представляется актуальным этапом в клинико-биологических исследованиях (Ворсанова С. Г., Юров Ю. Б., Чернышов В. Н., 1999; Milunsky J., Huang X. L., Wyandt H. E., Milunsky A., 1999).

К. Гилберт, Т. Питерс (1998) указывают на возникновение аутизма у 1 из 20 сибсов, больных РАС; ими же высказано предположение о генетической задержке в семьях больных аутизмом и о наличии близких родственников с проблемами в сфере социального взаимодействия.

Многочисленные исследования указывают на высокую семейную отягощенность когнитивными нарушениями среди родственников больных аутизмом, высокий риск (до 3 %) заболевания сибса и больший процент (до 50 %) конкордантности у монозиготных близнецов (Ремшмидт X., 2003; Yip K. S., 2004; Barthelemy J. M., 2006). Сравнение пар близнецов, описанное английскими и скандинавскими исследователями R. Muhle, J. Xu (2004) показало конкордантность по детскому аутизму до 60 % у однояйцевых близнецов. У сибсов риск развития аутизма оценивается до 9 %. В литературе приводятся данные о проблемах в коммуникативной сфере, нарушении социальной адаптации и дисфункции в когнитивной сфере у неаутичных членов семей (Чехова А. Н., 2002; August et al., 1981; Zapotoczky H. G., 2005).

Еще в 1979 г. В. В. Ковалев указывал на наследственно-конституциональную природу аутизма. Позднее известный исследователь в сфере РАС Х. Ремшмидт (2003) высказал предположение о значительной роли конституциональных факторов в формировании РАС, в частности при синдроме Аспергера. По данным, приводимым в исследовании Л. В. Варанковой (2004): «У 25,3 % детей, страдающих детским аутизмом, зарегистрирована наследственная отягощенность психическими расстройствами, у 16 % детей-аутистов при медико-генетическом консультировании верифицированы хромосомные расстройства...». К. С. Лебединская (2005) придает большое значение конституциональному фактору в развитии психических заболеваний у детей.

В настоящее время наследственный характер РАС не представляет сомнений. Согласно последним данным, проведенное отечественными учеными цитогенетическое и клиникогенеалогическое исследование матерей детей с аутизмом установило, что у них, по сравнению с контрольной группой матерей,

имеющих здоровых детей, наблюдается повышенная частота хромосомных аномалий и высокая частота хромосомного гетероморфизма. У родственников матерей аутистов установлена высокая частота пороков развития (Ворсанова С. Г., Воинова В. Ю., Юров И. Ю., 2009). Последние исследования говорят в пользу наличия фенотипических маркеров генетической предрасположенности у родителей детей с аутистическим синдромом. Значение личности матерей в формировании РАС описано и в работе отечественного автора Д. Е. Жукова. Исследователь утверждает, что в характере матерей больных детей преобладают такие черты, как замкнутость и низкий уровень эмпатии. На основании этих данных Д. Е. Жуковым (2003) было выдвинуто предположение, что дефицит некоторых центральных личностных функций у родителей может служить одной из предпосылок к возникновению эмоциональной дефицитарности у детей. В связи с тем, что исследование было проведено на выборке с небольшим количеством участников (32 матери), не были применены дополнительные методы обследования. Можно считать, что данные, приведенные исследователем, представляя несомненный интерес, требуют дальнейшего изучения. Современные исследователи уверены, что во всех случаях аутизма показано цитогенетическое исследование (Мастюкова Е. Н., Московкина А. Г., 2003).

В последнее время в литературе все чаще звучит мнение, что браки между людьми с определенным складом характера и мыслительной деятельности, такими как трудности в общении, обеднённость эмоциональной сферы, способность к анализу и точным наукам, являются предрасполагающим фактором к рождению детей с РАС (Клименов А. Л., 2003).

В настоящее время исследователями уделяется значительное внимание генетическому фактору, как основной составляющей в формировании РАС (Карсон Р., Батчер Дж., Минека С., 2004; Lebovisi S., 1983, 2005; Volkmar F. R. et al., 2004). В область генетических исследований, направленных на поиск вариаций числа копий генов, несущих ответственность за ту или иную психиатрическую патологию, в первую очередь попали заболевания эндогенного спектра, такие как аутизм, шизофрения, биполярное аффективное расстройство. Это было связано с тем, что ранее полученные данные указывали на то, что кариотипические аномалии, то есть изменения, обнаруживаемые на уровне хромосом, могут быть критическими для развития шизофрении и аутизма.

В нашей стране наиболее активные исследования в области генетики аутизма проводятся в лаборатории молекулярной генетики, существующей на базе Московского НИИ педиатрии и детской хирургии под руководством профессора С. Г. Ворсановой. В опубликованных сотрудниками этой лаборатории работах освещается связь между генетическими аномалиями и возникновением аутистических симптомов (Юров И. Ю., Ворсанова С. Г. и др., 2005). Большое количество статей посвящено идентификации генетических маркеров и РАС (Ворсанова С. Г., Юров И. Ю., Демидова И. А. и др., 2006; Ворсанова С. Г. и др., 2006).

Наиболее показательными мы считаем данные, которые приводит И. Ю. Юров и др. (2008), о связи нервных и психических заболеваний у мальчиков, в том числе РАС, с мутациями в определенном гене-регуляторе. Исследователи указывают на наличие мутаций в гене МЕСР2, обнаруженных при разных вариантах аутизма и некоторых других психических заболеваниях: «Мутации в этом гене приводят к развитию не только синдрома Ретта у девочек, но и к различным неврологическим и психическим нарушениям у мальчиков; частота их среди мужчин может достигать 1:6 000» (Юров И. Ю., Ворсанова С. Г., Юров Ю. Б., 2008). Исследования последних лет показали, что высокий процент мутаций в гене-регуляторе обнаружен у мертворожденных плодов мужского пола и у мальчиков с психической и неврологической патологией. Исследователи-генетики пришли к выводу, что «Группа нервных и психических заболеваний, связанных с мутациями в гене МЕСР2, является второй по распространенности генетической формой Х-сцепленной умственной отсталости у мальчиков после синдрома, сцепленного с ломкой хромосомы X» (Юров И. Ю., Ворсанова С. Г., Юров Ю. Б., 2008). Тем не менее мутации настоящего гена характеризуются полиморфизмом, что не позволяет сделать однозначных выводов о генетической природе аутистических нарушений и требует дальнейшего более детального изучения (Yurov Y. B., Vorsanova S. G., lourov I. Y. et al., 2007; Vorsanova S. G., Yurov I. Yu., Demidova I. A. et al., 2007; Vorsanova S. G., Yurov I. Yu., Demidova I. A., 2008). Авторами подчеркивается то, что механизм наследственной передачи генов, связанных с аутистическими нарушениями, остается неясным.

В. S. Abrahams, D. H. Geschwind (2008) приводят результаты новых разработок в области идентификации нескольких генов, оказывающих влияние на формирование головного мозга, вызы-

вающих его повреждение и, как следствие, ведущих к возникновению РАС. Исследователи высказывают предположение о повреждающем воздействии нескольких генов либо о редких мутациях, имеющих сильный эффект. Сложность в выявлении точной причины возникновения аутизма обусловлена многосторонним воздействием большого количества генов, внешней среды и эпигенетических факторов, которые сами по себе не меняют код ДНК, однако могут наследоваться и модифицировать экспрессию генов (Rapin I., Tuchman R. F., 2008).

Исследователи американского Института психического здоровья совместно со специалистами Национального Института детского здоровья и репродукции человека обобщили результаты работы ряда исследовательских центров, направленные на всестороннее исследование генетических механизмов аутизма. Авторы отмечают важную роль генетических факторов в возникновении аутизма. Результаты исследования говорят о возможном влиянии ряда генов, каждый из которых вызывает определенный дефект той или иной функции, который проявляется под неблагоприятным воздействием факторов внешней среды. Найдено несколько вариантов генетических мутаций, которые, по всей вероятности, несут ответственность за разнообразие клинических вариантов при аутизме. Однако по-прежнему не удается установить механизм наследственной передачи генетических дефектов (Ма D. et al., 2009).

Последние исследования в области генетики подтверждают генетическую природу РАС. Исследователи-генетики утверждают, что гены, ответственные за аутистические нарушения, так же несут ответственность и за неврологическую патологию, присутствующую у больных РАС (Rozenfeld J. A., Balf B. C., Torchia B. C. et al., 2010). Обнаружено множество генов-кандидатов, но вносимый вклад каждого из них в развитие аутизма ничтожно мал (Abrahams B. S., Geschwind D. H., 2008).

1.4. Значение микросоциальных факторов для формирования расстройств аутистического спектра

В современной психиатрии существует мнение о влиянии ряда факторов на формирование РАС.

Со времен открытия Лео Каннером аутизма имеются сторонники теории психогенеза — возникновения РАС под воздействием неблагоприятных психологических факторов, таких как эмо-

ционально сдержанное, «холодное» отношение матери к ребенку в течение первых лет жизни, отсутствие аффективно положительной атмосферы в семье. Каннер в 1943 г. одним из первых высказал данное предположение, которое сам же впоследствии и опроверг в монографии «В защиту матерей» (1944).

Наиболее известным приверженцем теории психогенного происхождения аутизма принято считать Б. Беттельхейма. В монографии «Аутизм, или пустая крепость» он подробно излагает механизмы воздействия эмоциональной депривации на формирование РАС (Беттельхейм Б., 2004). В дальнейшем предположение о психогенном механизме аутизма не раз отрицалось на основании результатов длительного изучения семей больных аутизмом (Печникова Л. С., 1997; Шэффер Д., 2003; Шмакова О. П., Дмитриева Т. В., 2005; Феррари П., 2006).

В настоящее время эту теорию принято считать не нашедшей подтверждения, но некоторые исследователи остаются её приверженцами по сей день. Однако полностью отрицать роль психосоциального воздействия вряд ли целесообразно, учитывая возможность развития парааутизма у детей-сирот (Башина В. М., 1999; Тиганов А. С., 2003). Существует точка зрения, что «...аутизм является выражением позитивной структуры шизофрении, обусловленной «бесконечно неудовлетворенным желанием избежать контроля реальности, освободить свой внутренний мир от мира других» (Микиртумов Б. Е., 2009). Данные последних исследований указывают на важную роль психологического комфорта в семьях больных психическим заболеваниями (Галеева К. В., Куприянова И. Е., Глушко Т. В., Семке А. В., Попов С. В., Курлов И. О., 2010).

По приводимым в литературе данным (Knickmeyer R., Baron-Cohen S., Hines M., Raggatt P., 2004; Lawson J., Baron-Cohen S., Wheelwright S., 2004), исследователи, изучавшие родителей детей с РАС, утверждают, что большинство родителей имеют высшее образование и отдают предпочтение профессиональной деятельности в сфере математики и других точных наук. Неоднократные исследования в Калифорнийском Центре высоких технологий, так называемой Силиконовой долине, где сосредоточилось большое число лиц с высшим образованием, работающих в сфере математики, программирования и высоких технологий, показали, что встречаемость аутизма среди детей в данной местности существенно превышает уровень заболеваемости РАС в детской популяции в целом. Исследователи

объясняют всплеск заболеваемости аутизмом тем, что сотрудники сферы высоких технологий являются носителями генетической предрасположенности к РАС. Подобная ситуация складывается в Силиконовой Долине (именуемой также Кремниевой Долиной, Долиной миллионеров) — в зоне сосредоточения хайтек-предприятий и ведущих университетов.

По данным современной литературы (Лисовицкая Г. Б., Летунова В. С., Крысюк М. В., Долотина Н. С., Левчук О. А., Зуева О. А., 2010), качество жизни семей, в которых проживают дети-инвалиды, остается достаточно низким, что не может не отражаться на течении психического расстройства. Качество жизни напрямую зависит от фактора материального благополучия семьи. По данным литературы, в настоящее время в Российской Федерации для оценки материального уровня семьи существуют строго определенные критерии. Семья (или одиноко проживаюший гражданин) считается малоимущей (малоимущим) в случае. если среднедушевой доход ниже величины прожиточного минимума, установленного в соответствующем субъекте Российской Федерации (Тихонова Н. Е., Давыдова Н. М., Попова И. П., 2006). Приведенные критерии оценки материального уровня могут считаться объективными, но довольно часто в литературе (прежде всего социологической) используются субъективные оценки материального уровня, основанные на мнениях респондентов об их уровне жизни (бедности), полученных в ходе опросов общественного мнения. В этом случае к категории бедных относят тех, кто считает, что их материальное положение (доходы, имущество) не позволяет в полном объеме удовлетворять свои потребности. Критериями оценки среднего материального уровня являются: доход, превышающий прожиточный минимум на каждого члена семьи, наличие отдельного жилья, наличие возможности пользоваться платными услугами (Гордон Л. А., Терехин А., Будилова Е., 1998).

По данным литературы, обеспечение полноценных медицинских мероприятий для больных РАС является дорогостоящим (Аппе Ф., 2005; Феррари П., 2006; Smith B. H., Waschbusch D. A., Willoughby M. T., Evans S., 2000) и требует заинтересованности и участия государственных структур. Тем не менее остается неясным, что является «пусковым механизмом» для начала заболевания.

1.5. Влияние клинических, биологических и микросоциальных факторов на реабилитацию больных расстройствами аутистического спектра

В отличие от тенденций прошлого века, в современной психиатрии большое внимание уделяется не только психофармакотерапии, но и психологической и психотерапевтической реабилитации. Современные авторы указывают на необходимость проведения психотерапии и вовлечения в реабилитационный процесс родителей как на неотъемлемую часть комплексной терапии психических расстройств у несовершеннолетних (Агарков А. А., Скороходова Т. Ф., Погорелова Т. В., 2010). Течение и прогноз РАС характеризуются большим клиническим разнообразием, имеют тенденцию к существенным изменениям с увеличением возраста больного и зависят от ряда биологических, конституциональных и микросоциальных факторов.

Важным аспектом реабилитации пациентов с РАС служит психолого-педагогическая коррекция. Как свидетельствуют литературные данные, правильно проведенные коррекционные мероприятия эффективно влияют на социальную адаптацию, существенно повышают качество жизни пациентов (Изотова Е. И., Никифорова Е. В., 2004; Кюртс Н., 2005; Марцинковская Т. В., Марютина Т. М., Стефаненко Т. Г., 2005; Ан Е. В., 2006). Важным фактором, оказывающим влияние на прогноз при нарушениях развития, служит раннее начало реабилитационных мероприятий. По утверждению А. А. Морозовой (2010): «... ребенок при таком подходе считается органической частью семьи, а его возможности и потенциал развития рассматриваются в контексте семейных отношений. Коррекционная программа реализуется в большей степени самими родителями, при консультативной поддержке специалистов».

Среди биологических факторов, имеющих возможность оказать серьёзное влияние на процессы медико-социальной реабилитации, проведение психолого-педагогической коррекции, особое значение придается состоянию нервной системы и головного мозга пациента. Наличие серьезной патологии центральной нервной системы, сопряженное со снижением интеллекта, всегда затрудняет проведение реабилитационных мероприятий и утяжеляет прогноз РАС. Согласно британскому исследованию 2004 г., в когорте 68 аутистов, получивших диагноз в детском возрасте до 1980 г., при уровне IQ выше 50, лишь 12 % пациентов достигли высокого уровня самостоятельности по достижении взрослого возраста, 10 % имели несколько друзей и были социально активны большую часть времени, но требовали некоторой поддержки окружающих. 19 % больных проявляли относительную степень независимости, но большую часть времени проводили дома и нуждались в значительной поддержке и постоянном контроле со стороны членов семьи. 46 % пациентов нуждались в регулярном наблюдении специалиста по аутистическим расстройствам, постоянном уходе, так как лишь немногие из них владели навыками самообслуживания. 12 % больных требовался высокоорганизованный больничный уход (Newschaffer C. J., Croen L. A., Daniels J. et al., 2007).

Согласно данным многочисленных исследований, при тяжелых формах РАС коррекционные мероприятия могут оказывать лишь незначительный эффект на течение и прогноз заболевания (Стерн Д. Н., 2005; Спотниц Х., 2006; Циантис Дж., Ботиус Б., Холлерфорс Б., 2006).

У части больных в силу выраженных клинических проявлений, таких как аутизация, интенсивное проявление агрессии, активное избегание контактов с другими людьми, проведение коррекционных мероприятий вообще не представляется возможным. В таких случаях более важной представляется медикаментозная терапия (Козловская Г. В., Калинина М. А., 2003; Симашкова Н. В., Якупова Л. П., Башина В. М., 2006; Симашкова Н. В., 2006). Основными группами лекарственных средств, применяющихся для коррекции РАС, являются препараты нейролептического ряда, транквилизаторы, антидепрессанты, корректоры поведения. В литературе описан серьезный терапевтический эффект нейролептической терапии у детей с РАС и взрослых с последствиями аутизма (Аведисова А. В., 2005; Микиртумов Б. Е., 2007; Кабанов С. О., 2007). На фоне приема нейролептиков удается добиться редукции клинических проявлений в аффективной и поведенческой сферах.

Серьезным прогноз бывает в тех случаях, когда аутизм вызван генетическими заболеваниями, такими как синдром Мартина-Белла, синдром Ретта, фенилкетонурия, болезнь Дауна (Belichenko P. V., Hagberg B., Dahlstrom A. M., 1997). Положительная динамика, достигнутая при помощи методов психологопедагогической коррекции РАС при синдроме Ретта, отличается нестабильностью и неустойчивостью. Позитивные изменения в состоянии больных быстро поддаются обратному развитию

(Кузнецова В., Переслени Л. И., Солнцева Л. И. и др., 2002). О настоящей проблеме, проанализировав и обобщив работы зарубежных исследователей, пишет отечественный исследователь В. Ю. Казанцева. Патологические изменения в состоянии мышечной системы, как правило, быстро прогрессируют. На первый план выступают двигательные нарушения. В ряде случаев при помощи приемов психологической коррекции удается развивать сохранившиеся двигательные навыки и с их помощью формировать общение пациентов с РАС (Самохвалов В. П., 2002).

У больных с синдромом Мартина—Белла прогноз бывает чаще всего неблагоприятный. Серьезные изменения в генетическом аппарате, приводящие к глубокой умственной отсталости, делают практически невозможным проведение психологопедагогической коррекции, весьма сомнительна хорошая социальная адаптация настоящих больных (Abrahams B. S., Geschwind D. H., 2008).

Пациенты с синдромом Дауна, имеющие аутистические нарушения, тяжело поддаются коррекционным мероприятиям, практически всегда выявляют высокий уровень социальной дезадаптации. У части больных на первый план выступают соматические заболевания, ведущие к ухудшению состояния и регрессу приобретенных с помощью коррекции навыков. Современные исследователи считают, что в настоящее время появилась тенденция к прогрессированию и утяжелению речевых нарушений у детей, страдающих психической патологией, в том числе и аутизмом (Вагина В. Н., Гавриленко Л. Н., Кологривова И. С., 2010).

Основным направлением реабилитации больных детским аутизмом служит развитие у них коммуникативных и речевых навыков. Речь, являющаяся одним из важнейших средств коммуникации, часто нарушена при РАС. Речевые нарушения крайне вариабельны — от полного отсутствия речи до её легкой нечеткости, неартикулированности, аграмматичности в составлении фраз. Б. Е. Микиртумов и др. (2008) установили ряд особенностей, присущих речевым нарушениям при РАС и шизофрении. Посредством компонентного анализа лексики авторами выделены три лексико-семантические группы, составляющие тематический ряд аутизма («перерождение», «иное существование», «предназначение»), и три первичные смысловые категории («новизна», «свой/чужой», «призвание»), объединяющие совокупность лексических единиц (Микиртумов Б. Е., Завитаев П. Ю., 2008).

До настоящего времени психопатологический смысл аутизма и РАС, их клинические границы и диагностическое значение остаются сферой недостаточно изученной. В специальной литературе встречаются только отдельные работы, посвященные исследованию аутизма и родственных понятий — аутистического мышления, аутистического бреда (Завитаев П. Ю., 2008). От степени выраженности речевых нарушений зависит и то, какие коррекционные методы будут наиболее эффективными в данной ситуации. Коррекция речевых нарушений часто служит залогом успеха хорошей социальной адаптации больных РАС (Додзина О. Б., 2004; Артемова Е. Э., 2005; Розум С. И., 2006; Лебедева Е. И., 2006). Л. Г. Нуриева (2007) изложила авторскую методику, позволяющую развивать как экспрессивную, так и импрессивную речь у детей с ранним детским аутизмом.

Не существует какого-либо единого для всех больных, страдающих РАС, метода медико-психолого-коррекционной работы. В каждом отдельном случае подход к коррекции подбирается индивидуально, с учетом особенностей данного ребенка и условий его семьи (Хрустов А. В., 2005; Шмакова О. П., Дмитриева Т. В., 2005; Жуков Д. Е., 2008; Myers S. М., Johnson C. Р., 2007). Тем не менее методология систематических обзоров остаётся на низком уровне, клинические результаты коррекционных вмешательств в основном по-прежнему расплывчаты, недостаточно данных по сравнительной эффективности подходов (Seida J. K., Ospina M. B., Karkhaneh M., Hartling L., Smith V., Clark B., 2009).

Видный отечественный исследователь И. Б. Карвасарская (2003) указывает на необходимость проведения длительной (на протяжении многих лет) коррекционной работы с детьми, страдающими аутизмом. Коррекция, направленная на улучшение социальной адаптации, должна осуществляться регулярно и длительно, а непременным условием успеха является установление теплых, доверительных отношений между ребенком и специалистами, участвующими в коррекции. Такой точки зрения придерживаются и другие исследователи (Архипова Е. Ф., 2005, 2008; Аршатская О. С., 2005; Батаршев А. В., 2006; Баенская Е. Р., 2008). В. М. Башина (1999) считает, что при отсутствии коррекционной работы до 70 % детей, страдающих аутизмом, становятся глубокими инвалидами, не способными обходиться без посторонней помощи.

Предлагаемые исследователями подходы включают прикладной поведенческий анализ (ППА), использование «моделей

развития» (developmental models), структурированное обучение (TEACCH), логопедическую терапию, обучение социальным навыкам (Seida J. K., Ospina M. B., Karkhaneh M., Hartling L., Smith V., Clark B., 2009).

Специалисты из Института коррекционной педагогики Российской Академии образования опубликовали ряд работ, отражающих многолетний опыт работы с аутичными детьми. В данных статьях предлагаются конкретные психологические приемы, направленные на развитие эмоциональной сферы ребенка (Никольская О. С., Баенская Е. Р. и др., 2000). Исследователи этого же института разработали наиболее эффективные коррекционные приемы, затрагивающие все сферы психической деятельности ребенка (Сафронова И. В., 2004).

Существует достаточно большое количество разнообразных методологических подходов, направленных на коррекцию проявлений аутизма. Так, Е. А. Янушко (2004) подробно рассказывает об основных методиках работы с аутичными детьми. Автором подчеркивается необходимость комплексного, многостороннего подхода к коррекции данных нарушений. Родителям даются практические рекомендации по созданию оптимальных условий для достижения успеха в реабилитации аутичного ребенка. В литературе, посвященной коррекционной работе с детьмиаутистами, значительное место отводится обсуждению методов развития у них коммуникативных навыков (Хаустов А. В., 2004). Нарушения в сфере общения проявляются в детском возрасте в неспособности войти в общую игру, стремлении жестко диктовать свои условия и правила, доходящие до серьезных конфликтов со сверстниками, проявлениях агрессивности, неспособности понимать чувства и побуждения других детей. Все это служит базой для формирования социальной дезадаптации. Ребенок, а впоследствии и взрослый с РАС не может приспособиться к окружающей среде, не соответствует требованиям общества, не понимает их законов (Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. и др., 2005). К наступлению взрослого возраста у части больных РАС редуцируются такие клинические проявления, как страх перед незнакомым человеком, проявления агрессии и аутоагрессии, появляется потребность в общении. В случае, если пациент никогда не вовлекался в психолого-педагогическое взаимодействие, навыки общения у него, как правило, не сформированы, не знакомы ему и правила социального взаимодействия (Пробылова В. С., 2005; Ахутина Т. В., 2008).

В настоящее время опубликовано мало данных по вопросам отсроченного прогноза при аутизме (Rogers S. J., Vismara L. A., 2008). По данным современной литературы, в неотобранных выборках больных РАС от 3 до 25 % больных аутизмом выявляют редукцию аутистических нарушений по достижении ими совершеннолетия (Helt M., Kelley E., Kinsbourne M. et al., 2008).

В ряде случаев большая часть патологической симптоматики, присущей аутизму, сглаживается ко взрослому возрасту, клинические проявления становятся более мягкими, менее тяжелыми для больного. Ко взрослому возрасту часть больных успевает закончить учебное учреждение, приобрести специальность (Rapin I., Tuchman R. F., 2008). Однако точное число взрослых больных с устойчивой положительной симптоматикой остается неизвестным. Также мало внимания уделяется изучению особенностей течения заболевания у больных старше среднего возраста (Seltzer M. M., Shattuck P., Abbeduto L., 2004).

Основными проблемами, сопровождающими пациентов с РАС на протяжении всей жизни и существенно влияющими на её качество, являются трудности в социальной адаптации и коммуникативные нарушения (Доброхотова Д. А., 2006; Burgess A. F., Gutstein S. E., 2007). Чаще всего такие пациенты в силу присущих им болезненных проявлений отвергаются в коллективе, занимают положение «изгоев». И даже после окончания учебного заведения зачастую они не могут применить на практике полученные навыки. При этом в условиях правильно оказанной медико-психолого-педагогической помощи и при длительном психотерапевтическом сопровождении настоящие трудности вполне преодолимы. Используя грамотный подход, взрослых больных с последствиями аутизма в определенном проценте случаев удается адаптировать к реалиям повседневной жизни и существенно повысить её качество (Веденина М. Ю., Костин И. А., 2003; Кожушко Н. Ю., 2005).

В литературе значительное внимание уделяется реабилитационной работе, направленной на нейтрализацию РАС, проводимой родителями больного ребенка (Фридмен Д., 2004; Вельтищев Д. Ю., 2006). Существует ряд психологических техник, позволяющих родителям самостоятельно применять методы психологической коррекции и находить способы оптимального взаимодействия с больным ребенком (Лютова Е., Монина И., 2007).

В настоящее время не только врачи и ученые заинтересованы возможностью реабилитации больных РАС. Социальными педагогами и родителями аутичных детей в последние годы раз-

работан ряд приемов и методов, позволяющих эффективно влиять на патологические процессы. Обобщается многолетний опыт работы с такими детьми, даны рекомендации по воспитанию и обучению, учитывая клиническую картину и течение заболевания. Представляет интерес занимающая все более лидирующее положение идея создания специальных центров психологической и социальной помощи для больных аутизмом, организации летних лагерей и проведения клубной работы с такими больными. Представляется важным разделом работа со взрослыми с последствиями аутизма (Свенсон П., 2006).

Немаловажным фактором, влияющим на прогноз заболевания, являются взаимоотношения родителей и ребенка (Печникова Л. С., 1997). В своем исследовании Л. С. Печникова на основании исследования 50 матерей, имеющих детей, страдающих аутизмом, пришла к выводу, что отношение матери к больному ребенку напрямую зависит от порядка его рождения. Ребенок, являющийся единственным в семье, наиболее эмоционально принимаем. Наименее благоприятная моральная обстановка складывается в семьях, где ребенок с аутистическими нарушениями родился вторым после здорового сиблинга. У матерей, считавших себя успешными, существенно снижается личностная самооценка, им сложно адаптироваться к особенностям больного ребенка. Данная ситуация требует психологической коррекции, так как от принятия ребенка в семье напрямую зависят течение и прогноз заболевания (Либлинг М. М., 1996; Мазяева И. Л., Сиряченко Т. М, Суетна О. А., 2004). Семьи аутичных детей находятся в хронической стрессовой ситуации, что негативно влияет на состояние ребенка, усиливает у него проявления тревожности, мешает полноценно освоить необходимые бытовые навыки. Заболевание ребенка служит хроническим фактором депривации для родителей и членов семей детей с РАС.

Проведенное американскими учеными исследование, направленное на изучение обстановки в семьях больных аутизмом и зависимости её от влияния биологических, психологических, социальных и экономических факторов, показало, что члены семей пациентов находятся в постоянных психогенно-стрессовых условиях. Особенно тяжело сказывается взаимодействие с больным аутизмом на сиблингах. Многократные исследования подтвердили, что сиблинги пациентов с РАС имеют повышенный риск развития социальной дезадаптации (Smith L. O., Elder J. H. J., 2010). По данным современной литературы (Лисо-

вицкая Г. Б., Летунова В. С., Крысюк М. В., Долотина Н. С., Левчук О. А., Зуева О. А., 2010), качество жизни семей, в которых проживают дети-инвалиды, остается достаточно низким, что напрямую отражается на прогнозе психических заболеваний. Качество жизни к тому же зависит от фактора материального благополучия семьи.

Однако в организации коррекционно-реабилитационной работы ряд вопросов остается нерешенным. Не разработаны принципы статистического учета лиц с РАС. Факультеты коррекционной педагогики (дефектологии) и специальной психологии не готовят специалистов по коррекции аутизма. Знакомство студентов с проблемой ограничивается небольшим теоретическим курсом. Как в дошкольных, так и в школьных образовательных учреждениях отсутствует нормативно-правовое, организационнометодическое и кадровое обеспечение, необходимое для воспитания и обучения детей с РАС. Актуальными в отечественной психиатрии представляются вопросы недостаточной подготовки медицинских работников по вопросам РАС, а также слабая вовлеченность родителей в коррекционные процессы и их недостаточная информированность о заболевании ребенка (Морозов С. А., де Клерк Х., Пеетерс Т., 2009; Морозова С. С., 2009; Ивашура Н. С., 2009; Поляков И. Н., 2009).

Обзор литературы показал, что одним из важных факторов внешней среды, имеющим возможность влиять на течение и прогноз РАС, является фактор длительной реабилитационной работы с пациентом. Однако в современной литературе содержится крайне мало информации об эффективности определенных коррекционных подходов при отдельных нозологических формах РАС, нет четких статистических данных о преимуществах того или иного коррекционного метода. Отсутствуют статистические данные о взрослых пациентах с РАС, переводах этой категории больных в другие нозологические группы, а также о вовлеченности данного контингента в коррекционные процессы. Возможность влияния конституционально-средовых факторов на прогноз РАС представляется не до конца изученной. В целом можно утверждать, что за последние 10 лет в России изменился подход к диагностике и реабилитации больных РАС: расширился спектр предлагаемых медицинских услуг, появились специализированные образовательные учреждения, проводящие психолого-педагогическую коррекцию с детьми, страдающими РАС.

Обзор зарубежной и отечественной литературы, посвященной влиянию биологических, конституциональных и микросоциальных факторов (в том числе семейных) на формирование, течение и прогноз РАС, показал, что проблемы аутизма продолжают оставаться актуальными для современной отечественной и зарубежной психиатрии. Рост числа лиц, страдающих, РАС, определяет актуальность настоящего исследования. Большое число социально дезадаптированных больных определяет необходимость создания новых комплексных многоуровневых программ для реабилитации пациентов, страдающих РАС.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Новые теории часто предсказывают новые явления, однако почти всегда за счет ранее известных явлений.

П. К. Фейерабенд

В отечественной психиатрии за последние 20 лет произошел существенный сдвиг в диагностике и лечении расстройств аутистического спектра. До последнего времени РАС рассматривались как вариант шизофрении и относились к разделу психозов детского возраста. В связи с последними научными открытиями в области биологии, психиатрии и генетики в нашей стране и за рубежом аутизм признан первазивным - множественным, затрагивающим все сферы психики, нарушением развития, возникающим в результате биологической дефицитарности ребенка (Гилберт К., Питерс Т., 2002; Ворсанова С. Г., Юров И. Ю., Демидова И. А., Воинова-Улас В. Ю., Кравец В. С., Горбачевская Н. Л., Юров Ю. Б., 2006; Mesibov G., 1990), что подразумевает широкую вариабельность клинических проявлений и требует разработки новых, более точных и эффективных диагностических инструментов. В нашей стране широкое применение получили две систематики – классификация аутизма в детстве, разработанная под руководством В. М. Башиной в Научном центре психического здоровья РАМН в 1997 г., и психологическая классификация детского аутизма (Никольская О. С., 1985). Создание классификации аутизма в детстве (Башина В. М., 1997) определялось задачами диагностики и дифференцированного лечения.

Далее приводится классификация аутизма в детстве, предложенная в НЦПЗ РАМН (1997): 1) детский аутизм эндогенного генеза; 2) синдром Каннера (эволютивно-процессуальный, классический, ядерный детский аутизм); 3) инфантильный аутизм (конституционально-процессуальный вариант детского аутизма); 4) процессуальный аутизм; 5) синдром Аспергера (конституциональный аутизм).

Еще одна версия классификации детского аутизма, разработанная коллективом под руководством О. С. Никольской (1985), определялась необходимостью создания психологической типологии аутизма, лежащей в основе методов и организации психолого-педагогической помощи. При одном варианте клинической формы заболевания выявляется существенная разница моде-

лей поведения больных РАС, определяющая применение принципиально разных коррекционных подходов. Классификация детского аутизма О. С. Никольской выделяет 4 основные группы аутичных детей с совершенно разными типами поведения: 1) аутизм с отрешенностью от окружающего, полным отсутствием потребности в контактах, половым поведением, мутизмом, отсутствием навыков самообслуживания; 2) аутизм с преобладанием многочисленных стереотипий, симбиозом с матерью; 3) аутизм с преобладанием сверхценных интересов, фантазий, патологией влечений; 4) аутизм с чрезвычайной психологической ранимостью, робостью, поиском защиты, стремлением к выработке социально положительных стереотипов поведения.

Благодаря введению в практическое применение в 1999 г. МКБ-10 расширились диагностические критерии и были дифференцированы новые формы аутистических нарушений. Согласно МКБ-10. PAC находятся в разделе F8 «Расстройства психологического (психического) развития» и определяются как нарушения, характеризующиеся расстройством социальной адаптации и общения в сочетании со стереотипными интересами и действиями: 1) детский аутизм (аутистическое расстройство, детский психоз) (F84.0); 2) атипичный аутизм (атипичный детский психоз, умственная отсталость с чертами аутизма) (F84.1): 3) синдром Ретта (F84.2); 4) другое дезинтегративное расстройство детского возраста (детская деменция, синдром Геллера, симбиозный психоз) (F84.3); 5) гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4); 6) синдром Аспергера (аутистическая психопатия, шизоидное расстройство в детском возрасте) (F84.5).

В отечественной литературе появилось множество работ на тему реабилитации больных РАС (Карвасарская И. Б., 2003; Костин И. А., 2003; Аршатская О. С., 2005).

В процессе исследования нами были изучены динамика РАС, их клинические проявления, а также определено влияние клинических, конституционально-биологических (в том числе наследственных) и микросоциальных (семейных) факторов на формирование и прогноз РАС. Проведена оценка эффективности реабилитационных мероприятий.

Клинико-эпидемиологические исследования РАС проводились нами на базе МБУЗ Консультативно-диагностической поликлиники № 2 Советского района Новосибирска в период с 2007 по 2010 г. Психоневрологическое отделение МБУЗ Консульта-

тивно-диагностической поликлиники № 2 — это единственное медицинское учреждение на территории Советского района Новосибирска, где оказывается амбулаторная помощь взрослым и детям с психиатрической патологией, в том числе и с РАС.

У исследованных пациентов (с 14 лет), их родителей и родственников получено письменное информированное согласие. Исследование проводилось согласно этическим нормам и принципам по протоколу № 11 от 12 мая 2007 г. Локального этического комитета при НИИПЗ СО РАМН.

Проведена этическая экспертиза материалов исследования, получено разрешение этического комитета на проведение исследования с участием несовершеннолетних. Родителям и лицам, принимающим участие в исследовании, предоставлялась форма добровольного информированного согласия пациента на участие в исследовании. За несовершеннолетних информированное согласие давали родители, однако детям с 14 лет предоставлялся специальный детский вариант формы информированного согласия. Отдельно для участников предоставлялась информация о целях и методах настоящего исследования.

Исследовались дети с РАС и взрослые с последствиями аутизма, состоящие на диспансерном и консультативном учете в психоневрологическом отделении МБУЗ Консультативнодиагностической поликлиники № 2 Советского района Новосибирска. Кроме того, для анализа использовались сведения о членах семей больных, вошедших в исследование.

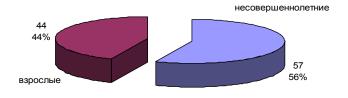


Рис. 1. Возрастная характеристика исследуемого контингента

Всего в исследование вошел 101 чел. в возрасте от 3 до 43 лет. В интересах исследования больные были разделены на две группы. В первую группу было включено 57 несовершеннолетних от 3 до 17 лет, в том числе 46 мальчиков и 11 девочек. Из чего

можно сделать вывод, что в детской популяции преобладают мальчики в соотношении 4,6:1. Во вторую группу вошли 44 пациента в возрасте от 18 до 43 лет, относившихся до 18-летнего возраста к диагностической группе РАС, которые по достижении 18-летнего возраста были переведены в другие диагностические группы (рис. 1). В группе взрослых исследованных преобладали лица мужского пола (34 мужчины и 10 женщин), соотношение составило 3,6:1.

Для эпидемиологической характеристики РАС в Советском районе Новосибирска проведено сплошное (безвыборочное) исследование по данной патологии у детей и взрослых по учтенной болезненности. Критерием для включения в исследование являлось наличие у пациента заболевания аутистического спектра (F84.0, F84.01, F84.02, F84.11, F84.11, F84.12, F84.2, F84.5). Диагностика осуществлялась в соответствии с МКБ-10.

В процессе исследования собраны сведения о 202 родителях и 67 сибсах (исследовались все родственники первой степени родства), среди них 140 женщин (матери и родные сестры) и 129 мужчин (отцы и родные братья). Собраны сведения о родственниках второй и третьей степени родства, страдающих психическими заболеваниями (50 человек) или обладающих особенностями личности, доходящими до степени акцентуации (шизоидный, параноидный, возбудимый, истерический типы) (Ганнушкин П. Б., 1933), всего о 72 родственниках. Сведения о родственниках собирались от членов семей, лично принимавших участие в исследовании, использовалась информация из амбулаторных карт.

В исследование вошло 63 полных и 38 неполных семей. Оба родителя из полных семей были приглашены на прием и обследованы одним из соавторов (К. А. Натарова) монографии. Родителем, проживающим с ребенком, в 37 неполных семьях являлась мать. Выявлена 1 неполная семья, состоявшая из отца и ребенка. 32 матери и 1 отец из неполных семей, проживающих с ребенком, были приглашены на прием и обследованы соавтором работы. Сведения о 5 матерях, не посетивших поликлинику, собраны от бабушек и теток детей. 7 отцов, не проживающих в семьях, но принимающих участие в воспитании, согласились участвовать в исследовании и были обследованы соавтором работы. Сведения о 30 отцах и 1 матери, не проживающих в семьях, были получены от второго родителя и родственников (бабушек, дедушек, теток и дядьев), принимавших участие в исследовании в личной беседе с соавтором работы.

Предметом исследования являлась медицинская документация за период с 1975 по 2010 г.: амбулаторные карты, в том числе архивные, журналы учета больных, протоколы заседаний медико-социальной экспертизы. психолого-медико-педагогических комиссий, характеристики с места учебы. С помощью настоящей документации устанавливалась достоверность сведений, полученных от родителей, родственников и опекунов пациентов, выявлялась информация об определении инвалидности и формы обучения. По медицинской документации устанавливались данные о возрасте первичных обращений пациентов, сведения о методах терапии и коррекции, формах поликлинического учета, выбытии пациентов. Кроме того, уточнялись данные о ревизии диагнозов. При исследовании архивных амбулаторных карт и медицинской документации, отражающей сведения о взрослых с последствиями аутизма, встречались диагнозы, вынесенные в соответствии с классификационной системой МКБ-9. официально использовавшейся в отечественной психиатрии до 1999 г. Диагнозы относились к разделу «Психозы, специфичные для детского возраста». Настоящие диагнозы были пересмотрены в дальнейшем в соответствии с МКБ-10. При проведении ревизии диагнозов использовалась таблица корреляции диагнозов между МКБ-10 и МКБ-9 (Менделевич В. Б., 1993).

Таблица 1 Шифры и коды психических расстройств, специфичных для детского возраста, по МКБ-9 и МКБ-10

МКБ-9	MKБ-10	
Ранний детский аутизм (299.0)	Детский аутизм (F84.0)	
	Синдром Аспергера (F84.5)	
Дезинтегративный психоз (299.1)	Дезинтегративное расстройство	
	детского возраста (F84.3)	
Шизофрения, детский тип (299.91)	Шизофрения с ранним началом (F20.8)	
Простое нарушение активности	Нарушение активности и внимания (F90.0)	
и внимания (314.0)		
Гиперкинетическое нарушение	Гиперкинетическое расстройство	
поведения (314.2)	поведения (F90.1)	

Исследование проведено с помощью методов: клиникопсихопатологического, клинико-катамнестического, экспериментально-психологического, клинико-генеалогического и медицинской статистики. Клиническое исследование включало анализ психического состояния, субъективных и объективных анамнестических сведений, медицинской документации. Метод катамнестического наблюдения и использование клиникодинамического подхода позволило получить данные о заболеваемости РАС в Советском районе Новосибирска за 35 лет (в период с 1975 по 2009 г.).

С целью выявления генетически обусловленных форм аутистических нарушений, таких как умственная отсталость, обусловленная хромосомными нарушениями, в том числе синдром Мартина-Белла, фенилкетонурия (F70.02, F70.03, F70.83, F70.84, F71.83, F71.84, F72.03, F72.04, F72.93, F72.94, F73.03, F73.04, F78.03, F78.04), синдром Ретта (F84.2), проводилась консультация врачагенетика. На консультацию направлялись несовершеннолетние с РАС, которым требовалось установление инвалидности (всего 27 человек). 19 из них проводился цитогенетический анализ, 1 ребенку проведен молекулярно-генетический анализ. Настоящие исследования проводились в Государственном Новосибирском областном диагностическом центре, в медико-генетической консультации МУЗ МЦПСиР (Новосибирск), Центре новых медицинских технологий (Новосибирск), в МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ (Москва).

Использование экспериментально-психологического метода включало исследование интеллекта, памяти, мышления, эмоционально-волевых черт, личностных особенностей.

Применение таблиц Равенна позволило детально исследовать способность к планомерной, систематизированной интеллектуальной деятельности, определить интеллектуальный коэффициент. Методика 10 слов и метод «Пиктограмма», предложенная А. Р. Лурия, направленная на изучение процессов памяти (запоминания, сохранения и воспроизведения), позволили обнаружить расстройства понятийного мышления. Процессы внимания исследовались при помощи метода «исключение предмета».

Для исследования качеств и черт личности и определения психофизиологического состояния пациента применялись проективные методики: тест Люшера, тесты «Дом, дерево, человек» и «Несуществующее животное». Нарушения в сфере мышления диагностировались при помощи методики «Классификация предмета». Для подростков в возрасте от 14 до 18 лет применялся Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО), направленный на определение типов акцентуаций и сопряженных с ними личностных особенностей. Для выявления черт личности и акцентуаций взрослых (совершеннолетних) исследуемых применялась методика ММРІ.

Широкая вариабельность течения РАС подразумевает существенную разницу в интенсивности клинических проявлений даже в рамках одной нозологической категории. Для оценки тяжести РАС использовалась Оценочная шкала РДА (CARS – Childhood Autism Rating Scale) (см. Приложение 1), которая включает 15 диагностических разделов. В каждом разделе оценивается отдельная сфера жизнедеятельности человека. Оценка производится по 5 позициям в интервале от нормального выражения исследуемой функции до её грубого нарушения.

В раздел 1 входят сведения о возможностях коммуникативной сферы исследуемого. Раздел 2 включает информацию о способности к правильной имитации звуков, слов, поведенческих паттернов, своевременность имитации. В разделы 3, 4, 5 входят вопросы, позволяющие исследовать эмоциональную и двигательную сферы, определить особенности игровой деятельности. В раздел 6 входят вопросы, связанные с изучением адаптивных возможностей исследуемого: соответствие реакции на изменения возрасту исследуемого, болезненность реагирования на новые обстоятельства и виды деятельности. Разделы 7, 8, 9 изучают особенности функционирования визуального, слухового, вкусового, обонятельного и осязательного анализаторов. В разделе 10 оценивается уровень проявления ребенком страха и тревоги. Раздел 11 содержит вопросы, направленные на оценку вербальной коммуникации, возможности использования речи для контакта с окружающими, её сформированности. Особое значение придается возрасту формирования речи, проявлениям речевого регресса, наличию речевых стереотипий, эхолалий, использованию звуков и шумов. Вопросы раздела 12 определяют степень развития невербального уровня коммуникации, адекватность использования невербальных способов общения, наличие в арсенале больного необычных, вычурных жестов, использующихся при общении. Уровень физической активности изучается при помощи вопросов раздела 13, где рассматриваются проявления гипо- или гиперактивности, степень их выраженности. Раздел 14 посвящен изучению уровня интеллектуального развития исследуемого, уровня и степени их интеллектуального отклика, соответствие возраста и интеллекта. В заключительном разделе 15 оценивается общее впечатление, которое производит исследуемый, насколько выражены у респонлдента симптомы РАС. Общая сумма набранных по шкале баллов определяет наличие или отсутствие РАС и степень его тяжести.

Для установления личностных особенностей родителей детей с РАС была разработана анкета, включающая анамнестические сведения, характеристику черт личности (в основу которой легли классификация П. Б. Ганнушкина и концепция об акцентуациях К. Леонгарда), анализ семейных и микросоциальных факторов. Вся собранная информация заносилась в специально разработанную диагностическую карту пациента (см. Приложение 2), применявшуюся в исследовании для обработки и суммирования результатов.

Достоверность полученных результатов оценивалась посредством статистической обработки с использованием Т-критерия Стьюдента. Для оценки достоверности различий параметров по выборочным данным в отношении количественных показателей принимались во внимание 3 уровня значимости: 5 % (с вероятностью ошибочной оценки p<0,05), 1 % (p<0,01) и 0,1 % (p<0,001).

Взаимосвязь качественных признаков исследовалась с помощью метода сравнения долей (Z-преобразования Фишера) (Сидоренко Е. В., 1999). Корреляционный анализ с расчетом коэффициента корреляции проводился по методу Пирсона, который показывал направление и степень выраженности взаимосвязи двух переменных. С его помощью определялась сопряженность между количественными признаками. За достоверные принимались корреляционные связи при значениях коэффициента корреляции r=0,3-1,0 при достоверности уровня различий p<0,05. Обработка материала проводилась с помощью ПЭВМ «Репtium 4» и пакета программ «Статистика». Результаты проведенного исследования изложены в следующих главах.

Глава 3

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ СИБИРСКОГО РЕГИОНА

Когда человек хочет узнать – он исследует, когда он хочет спрятаться от тревог жизни – он выдумывает.

М. Горький

Динамика заболеваемости РАС на современном этапе представляет несомненную актуальность в связи с ростом настоящих нарушений в детской популяции и большим числом инвалидов среди детей-аутистов. Детский аутизм в настоящее время встречается не реже, чем слепота или глухота. Высокий процент социально дезадаптированных лиц среди детей, страдающих РАС, и взрослых с последствиями аутизма позволяет считать исследования в сфере изучения РАС важными и своевременными.

3.1. Распространенность расстройств аутистического спектра (по данным Советского района Новосибирска)

По данным эпидемиологических исследований разных стран, частота проявлений детского аутизма колеблется от 4 и 6 случаев на 10 тысяч детского населения (Volkmar F. R., Klin A., 2000) до 21—26 на 10 тысяч (Wing L., Potter D., 2002; Gilberg Ch., 2004; Newschaffer C. J., Croen L A., Daniels J. et al. 2007; Fombonne E., 2009). По данным Всемирной организации аутизма, в 2008 г. 1 случай аутизма приходился на 150 детей. За 10 лет количество детей с аутизмом выросло примерно в 10 раз. За последнее десятилетие интенсивный показатель распространенности детского аутизма увеличился в 5—10 раз в большинстве стран, где ведется статистика этого вида расстройств. Считается, что имеющаяся тенденция к росту сохранится и в будущем.

Актуальность проблемы РАС в мире такова, что с 2008 г. Генеральной Ассамблеей ООН 2 апреля объявлен «Всемирным днем распространения информации об аутизме». В настоящее время РАС являются одним из приоритетных направлений для психиатров всего мира.

С целью изучения динамики учтенной болезненности РАС в Советском районе Новосибирска впервые проведено сплошное исследование всех случаев зарегистрированных РАС по данным психиатрического учета в период с 1975 по 2009 г. (рис. 2.).

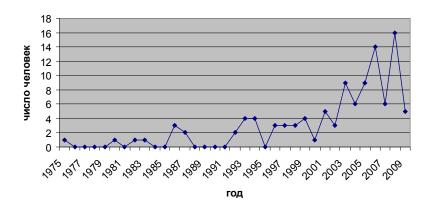


Рис. 2. Динамика первичной обращаемости за психиатрической помощью лиц с PAC

Изучение статистических данных позволило получить сведения о количестве детей, впервые взятых на диспансерный учет с диагнозами РАС (с 1975 по 2009 г.). Анализ полученных данных позволяет констатировать рост первичной заболеваемости РАС с 1993 г. Наиболее интенсивный рост заболеваемости приходится на период с 2005 по 2008 г.

Таблица 2 Динамика заболеваемости РАС на 10 000 детского населения по данным Советского района Новосибирска 2000—2009 гг.

Год	Абсолютные показатели	На 10 000 детского	Численность детского
		населения	населения района
2000	12	4,1	28,600
2001	15	5,2	28,600
2002	19	6,6	28,658
2003	23	8	28,658
2004	22	7,6	28,658
2005	26	8,7	29,650
2006	34	12,1	28,058
2007	34	12,3	27,600
2008	48	20,3	23,600
2009	57	22,6	25,118

Изучение учтенной заболеваемости РАС на 10 000 детского населения показало увеличение интенсивных показателей распространенности в 3 раза в период с 2000 по 2009 г. при снижающейся численности детского населения района. Как демон-

стрирует табличный материал, эти показатели высоко статистически достоверны (p<0,001) (табл. 2).

Статистический анализ лиц детского возраста, состоящих на диспансерном учете с РАС, позволил выявить показатель 22,6 больных на 10 000 детского населения. Во взрослой популяции Советского района лиц с последствиями аутизма, состоящих на диспансерном учете, в настоящее время установлено значение данного показателя 4,3 на 10 000 взрослого населения.

Для сравнения динамики РАС в детской популяции Советского района и других районов города нами собраны и проанализированы сведения Областного детского психоневрологического диспансера Новосибирска, в котором наблюдаются дети остальных 9 районов города и из сельских районов Новосибирской области (Советский район обслуживается отдельной структурой муниципальной бюджетной помощи, не относящейся к Областному диспансеру) (табл. 3).

Таблица 3 Динамика заболеваемости РАС на 10 000 детского населения по данным отдельных районов Новосибирска за 2000—2009 гг.

Год	Абсолютные показатели	На 10 000 детского	Численность детского
		населения	населения района
2000	95	4,6	203,580
2001	84	4,1	203,580
2002	89	4,3	203,570
2003	117	5,7	203,430
2004	73	3,5	203,200
2005	86	4,2	203,200
2006	127	6,2	203,200
2007	138	6,7	203,170
2008	153	7,5	203,066
2009	153	7,5	203,066

Для более полного анализа проведено исследование динамики заболеваемости РАС в детской популяции сельского населения Новосибирской области за последние 9 лет (табл. 4).

Анализ данных таблиц 3 и 4 показал, что интенсивный рост РАС характерен только для детской популяции Советского района Новосибирска.

Бесспорную роль в объяснении данного феномена играют улучшение диагностики РАС, уточнение и расширение диагностических критериев, большая доступность психиатрической помощи населению, возможная гиподиагностика РАС в Областном детском психоневрологическом диспансере Новосибирска.

Таблица 4 Динамика заболеваемости РАС на 10 000 детского населения в детской популяции сельской местности НСО за 2000—2009 гг.

Год	Абсолютные показатели	На 10 000 детского	Численность детского
		населения	населения района
2000	4	0,3	100,3
2001	4	0,3	100,1
2002	4	0,3	100,3
2003	8	0,8	99,66
2004	8	0,8	99,51
2005	10	1,0	98,91
2006	9	1,0	98,22
2007	11	1,1	97,61
2008	11	1,1	97,17
2009	11	1,1	96,78

Тем не менее можно предположить, что настоящие доводы не могут всецело объяснить положительную динамику роста РАС именно в Советском районе Новосибирска и позволяют допустить его вероятность за счет усиления влияния биологических, конституциональных и микросоциальных факторов (рис. 3).

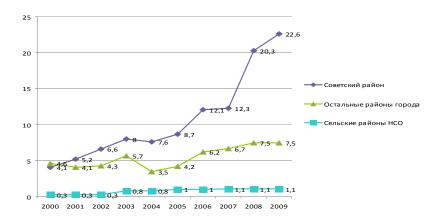


Рис. 3. Динамика заболеваемости РАС в детской популяции Новосибирска и Новосибирской области

На территории Советского района Новосибирска с 1957 г. располагается Академгородок, являющийся местом сосредоточения научно-исследовательских институтов, научных центров, исследовательских лабораторий, образовательных учреждений (Новосибирский государственный университет, Физико-математическая

школа, Институт ядерной физики, Институт гидродинамики и др.), специализирующихся в таких областях науки, как физика, математика, программирование, точные технологии. В связи с чем в Советском районе с 50-х гг. прошлого века происходила миграция людей определенного личностного склада, имеющих неординарные способности к точным наукам, что часто бывает связано с присутствием личностных особенностей, характерных для лиц шизоидного типа.

Таким образом, становится очевидным преобладание лиц с РАС в детской популяции и несомненный рост первичной заболеваемости РАС, что подтверждают данные ранее проведенного в Томске исследования (Варанкова Л. В., 2004). Статистическая достоверность сведений (p<0,001).

Представляют определенный интерес данные о половых различиях больных РАС. В группе взрослых исследованных преобладают лица мужского пола, соотношение составило 3,6:1 (число мужчин в группе взрослых составило 34, женщин – 10) (рис. 4).

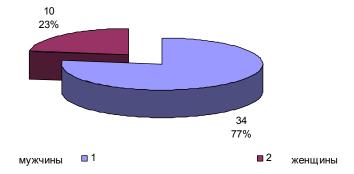


Рис. 4. Соотношение лиц мужского и женского пола среди взрослых с РАС

В исследование вошло 46 мальчиков и 11 девочек. Из чего можно сделать вывод, что в детской популяции мальчики преобладали над девочками в соотношении 4,6:1 (рис. 5).

Следует подчеркнуть, что в настоящее время рост больных РАС происходит за счет лиц мужского пола, тогда как процентное соотношение лиц женского пола остается неизменным при сравнении числа лиц женского пола в группах взрослых и несовершеннолетних исследуемых.

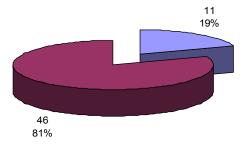


Рис. 5. Соотношение мужского/женского пола среди несовершеннолетних с РАС

Учитывая, что для РАС характерно раннее начало и имеется возможность назначения коррекционных мероприятий с самого раннего возраста (Архипова Е. С., 2005; Аршатская О. С., 2005; Гилберт К., Питерс Т., 2005), логично будет выяснить возраст первичного обращения за психиатрической помощью и возраст постановки уточненного диагноза РАС. Проведен анализ возраста пациентов на момент первого обращения за психиатрической помощью и возраста постановки уточненного диагноза РАС в детской и взрослой группах исследуемого контингента.

Результат анализа возраста на момент первого обращения за психиатрической помощью показал, что среди исследуемого контингента (101 чел.) обратившихся к психиатру впервые до 5 лет было 13 чел. (12,8 %), обратившихся в возрасте от 5 до 10 лет – 68 чел. (67,4 %), впервые посетивших психиатра в возрасте от 10 до 15 лет – 18 (17,2 %), в возрасте от 15 до 18 лет – 2 чел. (1,9 %) (рис. 6). Таким образом, средний возраст первого обращения за психиатрической помощью составил $6,4\pm0,5$ года.

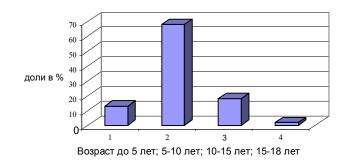


Рис. 6. Возраст первого обращения за психиатрической помощью лиц с РАС

Отчетливо видно, что доля обращаемости в возрасте до 5 лет невысока. Между тем специалисты в области коррекции РАС подчеркивают высокое значение раннего (до 5-летнего возраста) начала реабилитационных мероприятий (Никольская О. С., Баенская Е. Р. и др. 2000). Данный факт можно объяснить низкой информированностью родителей о симптомах РАС, боязнью постановки ребенка на психиатрический учет.

Средний возраст постановки диагноза РАС составил 7,5 года. Из приведенных данных становится очевидным, что постановка диагноза РАС запаздывает от первичного обращения в среднем на 1 год, а следовательно, задерживаются назначение правильной терапии и применение методов психолого-педагогической и психотерапевтической коррекции. Настоящий факт можно объяснить трудностью диагностики РАС и недостаточным уровнем подготовки детских психиатров. Учитывая приведенные данные, следует обратить внимание на разработку обучающих программ для врачей педиатрической практики с целью раннего обнаружения симптомов РАС и своевременного направления больных к врачам-психиатрам.

Число человек

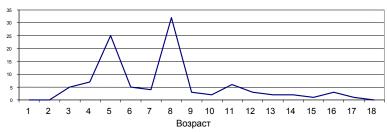


Рис. 7. Возрастные пики первичной обращаемости за психиатрической помощью больных РАС

В ходе исследования отмечено два возрастных пика первичной обращаемости за психиатрической помощью — в 5 и в 7 лет (рис. 7).

Проведенное исследование показало, что в большинстве случаев с 3-летнего возраста дети начинают посещать дошкольное учреждение. В течение первых 2 лет посещения особенности поведения ребенка в детском коллективе проявляются наиболее выражено и обращают на себя внимание специалистов, работающих с ребенком. Второй пик обращаемости за психиат-

рической помощью среди исследуемого контингента происходит при поступлении ребенка в школу. Дети с РАС, которые по тем или иным причинам не посещали дошкольные учреждения или не были обследованы у психиатра до 7-летнего возраста, в течение первого года обучения выявляют сложности в общении, не справляются со школьной программой, не могут усвоить распорядок школьных занятий и адаптироваться в учебном коллективе. Чаще всего педагоги и школьные психологи на основании обнаруженных у ребенка отклонений в развитии по окончании ребенком первого года обучения рекомендуют родителям обратиться за консультацией к психиатру.

3.2. Особенности социальной адаптации больных расстройствами аутистического спектра

Литературные данные свидетельствуют о низком уровне социальной адаптации больных РАС (Башина В. М., 1981; Костин И. А., 2003; Гилберт К., Питерс Т., 2005). У детей с РАС, как правило, на первый план выступают нарушения поведения, проявляющиеся в агрессивном отношении к окружающим, в страхах, нарушениях влечений. У детей наблюдаются четко очерченные аутистические установки, нарушена ориентация в окружающем мире, что препятствует социализации больного. К достижению взрослого возраста у большинства из них отмечается регресс многих аутистических симптомов. Пациенты лучше ориентируются в окружающем социуме, у них появляется внутренняя потребность в общении. Однако по-прежнему сохраняется зависимость от близких людей, они часто не владеют достаточным образованием или профессиональными навыками. Отсутствие адекватных коммуникативных навыков делает их социальную адаптацию затруднительной.

В интересах исследования в дальнейшем была проведена оценка социальной адаптации несовершеннолетних и взрослых больных РАС Советского района Новосибирска. Анализ статистических данных свидетельствует о низкой социальной адаптации больных в обеих исследуемых группах. В группе несовершеннолетних пациентов 50 % не посещали детские дошкольные учреждения. Из них 37,5 % не смогли адаптироваться в дошкольных учреждениях общего типа и не имели возможности посещать специализированные коррекционные заведения. Настоящая особенность, по данным опроса родителей, объясняется

малым количеством коррекционных детских садов, их отдаленностью и отсутствием в них свободных мест.

Среди несовершеннолетних школьного возраста картина выглядит несколько иным образом. Социально дезадаптированными проявили себя лишь 19,5 % исследуемых. В это число вошли дети, признанные необучаемыми по решению медико-психолого-педагогической комиссии, а также 1 ребенок, который в силу болезненных проявлений не выходит из дома, но не обследован медико-психолого-педагогической комиссией. В настоящем случае проведение медико-психолого-педагогической комиссии с целью определения формы обучения не представлялось возможным. Относительно большой процент занимают дети, обучающиеся в общеобразовательных школах по общей и индивидуальной программам (60,9 %). 12,1 % детей обучаются в специализированной коррекционной школе (табл. 5).

Таблица 5 Показатели социальной адаптации несовершеннолетних больных РАС

Тип учреждения	До 7 лет	От 7 до 18 лет
Детский сад общего типа	8 (50 %)	
Общеобразовательная школа (общая программа)	1	15 (36,5 %)
Общая школа (индивидуальная программа)	1	10 (24,3 %)
Коррекционная школа	1	5 (12,1 %)
Колледж	1	1 (2,4 %)
Училище для инвалидов	-	1 (2,4 %)
Вуз	-	1 (2,4 %)
Необучаемые	-	7 (17 %)
Не смогли адаптироваться в ДДУ	6 (37,5 %)	-
Не посещают ДДУ	2 (12,5 %)	1 (2,4 %)
Всего	16 (100 %)	41 (100 %)

Таблица 6 Показатели социальной адаптации взрослых с РАС

Тип занятости	Количество взрослых с РАС
Обучение в вузе	5 (11,3 %)
Работа по полученной специальности	2 (4,5 %)
Неквалифицированный труд	2 (4,5 %)
Не обучаются и не работают	35 (79,5 %)
Всего	44 (100 %)

Приводимые данные свидетельствуют о достаточном уровне подготовки образовательных учреждений и работающих в них специалистов для работы с детьми, страдающими РАС, а также в целом о существующих в Советском районе Новосибирска

тенденциях в образовательной сфере, направленных на создание оптимальных условий для обучения детей с нарушениями развития.

Анализ статистических данных в группе совершеннолетних с РАС (табл. 6) показывает наиболее высокую долю социальной дезадаптации (79,5 %).

Как видно из данных таблицы 6, не обучаются и не работают 35 чел., инвалидность из них имеют 22 чел. (62,8 %), не имеют инвалидности 13 чел. (37,1 %). Опрос пациентов показал, что трудоустройство становится невозможным из-за практически полного отсутствия специально созданных рабочих мест для инвалидов, в том числе лиц с РАС. Среди данной категории больных, но не имеющих инвалидности, также выявлен высокий процент социальной дезадаптированных и нуждающихся в специально созданных условиях труда и дальнейшего обучения.

3.3. Клиническая характеристика больных расстройствами аутистического спектра

Описываемые в литературе клинические проявления РАС характеризуются большим разнообразием и вариабельностью течения, затрагивают практически все сферы психики и имеют особенности течения в отдельные возрастные периоды (Башина В. М., 1999; Гилберт К., Питерс Т., 2005).

Для проведения анализа клинических проявлений у исследуемого контингента выявленные нарушения были сгруппированы по принципу принадлежности к разным областям психической деятельности и разделены на 6 основных групп. Важно отметить, что настоящий принцип деления не противоречит диагностическим критериям исследовательского варианта МКБ-10. Первую группу составили нарушения коммуникации и социального взаимодействия. Ко второй группе были отнесены нарушения в аффективной сфере. Третья группа объединяла клинические проявления в поведенческой сфере. Четвертую группу составили нарушения интеллектуального и речевого развития. Пятую группу представляли особенности двигательной сферы и моторики. К шестой группе отнесены особенности игровой деятельности (Приложение 3). Отдельно учитывалось присутствие клинического признака в группах несовершеннолетних и взрослых больных с учетом возрастной динамики клинических проявлений.

Как показал анализ данных, наибольшая частота в детском возрасте принадлежит нарушениям в коммуникативной, аффективной и игровой сферах.

В группе взрослых исследуемых картина клинических проявлений РАС выглядит несколько иным образом. К взрослому возрасту у больных отмечается редукция определенных клинических проявлений, часть симптомов видоизменяется, сглаживается, проявления их становятся менее выраженными. Однако отдельные клинические признаки все же характеризуются стойкостью и упорным течением, главным образом это относится к нарушениям в коммуникативной и аффективной сферах.

Основным клиническим нарушением коммуникативной сферы в детском возрасте является патологическая реакция на контакт с новым человеком (75,4 %), проявляющаяся в крике, громком плаче, попытках убежать и спрятаться, полном игнорировании нового человека, проявлениях агрессии и аутоагрессии. Чаще всего ребенок успокаивается только после того, как незнакомое лицо покинет поле его зрения. К взрослому возрасту только 25,0 % больных РАС болезненно реагируют на появление нового человека, что достоверно ниже (p<0,001), чем в группе несовершеннолетних. Нами отмечено, что проявления патологического реагирования на новое лицо к взрослому возрасту становятся мягче — больные уже не пытаются убежать, спрятаться. Чаще они стараются избежать визуальный контакт, отвернуться от чужого человека, но всё же быстрее привыкают к новому лицу.

Отсутствие фиксации на лице собеседника имеет место в 84,2 % случаев; активно избегают взгляда «глаза в глаза» 73,6 % детей. Настоящий феномен у детей характеризуется особой стойкостью: не удается привлечь взгляд ребенка активными действиями, показом игрушек, громкими звуками. Попытки подойти ближе и установить визуальный контакт с ребенком заканчиваются неудачей - дети упорно отворачиваются или смотрят «сквозь» собеседника, искусственно делая вид, что не замечают его. У взрослых больных РАС избегание визуального контакта встречается в 56,8 % случаев; активное избегание взгляда сохраняется у 27,2 % пациентов. Разница в фиксации взгляда на лице собеседника в группах несовершеннолетних и взрослых статистически недостоверна. Таким образом, можно говорить о стойкости данного клинического проявления, не редуцирующегося во взрослом возрасте. Активное избегание взгляда во взрослом возрасте встречается достоверно реже (p<0,001).

Не проявляют инициативы к общению 68,4 % несовершеннолетних с РАС. Дети производят впечатление сторонних наблюдателей, держатся всегда отдельно от детского коллектива, не проявляют инициативы к участию в играх. Попытки детей или взрослых привлечь ребенка к общению или в игру в большинстве случаев терпят неудачу, вызывают бурную негативную реакцию отторжения. Выявлено статистически достоверное (p<0,001) снижение к взрослому возрасту частоты проявления настоящего феномена. Взрослые больные РАС сохраняют индефферентность к общению только в 27,2 % случаев. Остальные пациенты начинают стремиться к общению, но делают это крайне неумело, выявляя высокий уровень социальной дезадаптации.

У 64,9 % больных детей с РАС выявляют отсутствие дифференциации одушевленного и неодушевленного, проявляющееся в своеобразном поведении по отношению к другим детям или домашним животным. Они рассматривают, трогают одушевленные объекты, пытаются потрогать пальцами глаза, начинают играть с живыми объектами, как с игровыми предметами. Данные психологического обследования подтверждают настоящее наблюдение: наборы карточек с изображением одушевленных и неодушевленных предметов дети сортируют не по видовому признаку, а своеобразно, например, по цвету или форме изображенных предметов. У взрослых больных РАС нарушение дифференциации одушевленного и неодушевленного сохраняется в 34,0 % случаев, что статистически достоверно (р<0,05).

В целом больным РАС свойственно проявление нарушений и дефектов разной степени выраженности в аффективной сфере. Для настоящих нарушений наиболее характерным признаком служит отсутствие чувства эмпатии, слабая эмоциональная откликаемость, которая выявлена в разной степени выраженности у 100 % исследуемых. Дети не чувствуют эмоциональное состояние собеседника, не проявляют сострадания, сами не испытывают потребности в психологической поддержке. В группе взрослых настоящее нарушение встречается в 77,2 % случаев, разница между их частотой в группах несовершеннолетних и взрослых статистически недостоверна.

Дисфорические расстройства встречаются у 77,1 % исследуемых, проявляются приступами сниженного настроения, длящимися от нескольких десятков минут до нескольких дней. Характеризуются снижением настроения, повышенной раздражительностью, плаксивостью. По нашим наблюдениям, в такие пе-

риоды еще больше снижаются коммуникативные способности ребенка – он хуже идет на контакт, обнаруживает бурные протестные реакции при попытках окружающих наладить с ним взаимодействие, возможно усиление двигательных стереотипий, учащение совершения ритуальных действий. Статистическая разница группы взрослых с группой детей недостоверна. Дисфорические нарушения во взрослом возрасте встречаются у 50,0 % исследуемых, их проявления аналогичны таковым у детей.

Агрессию по отношению к окружающим проявляют 59,6 % несовершеннолетних. Проявления агрессивной импульсивности характеризуются непреодолимым желанием аутистов щипать, дергать за волосы, кусать. Чаще всего объектом агрессии служит мать или член семьи, к которому ребенок испытывает особенно сильную привязанность. Возможно также проявление агрессии по отношению к неодушевленным предметам — дети разбрасывают и ломают игрушки, рвут книги, портят одежду, выявляют желание уничтожить объект, привлекающий внимание. Результаты наших наблюдений показали, что к взрослому возрасту данный симптом имеет тенденцию к редукции. Только 6,8 % взрослых больных РАС проявляют агрессию к окружающим, при этом статистическая разница с группой несовершеннолетних высоко достоверна (р<0,001).

Аутоагрессия свойственна 47,3 % детей с РАС. Возникает аутоагрессия в ситуациях, когда ребенок напуган или расстроен, часто проявляется в непривычной для него обстановке, при смене привычного распорядка. Свойственная детям-аутистам сенсорная чувствительность влечет за собой проявления аутоагрессии в ответ на усиление действия сенсорных раздражителей. Дети бьют себя по голове, лицу, царапают кожу на лице и руках. кусают кисти рук, ударяются головой о твердые предметы. Иногда у более старших детей аутоагрессия проявляется вербально в виде самообвинений, суицидальных высказываний. У взрослых больных РАС аутоагрессия сохраняется в 18.0 % случаев, что является статистически достоверной (p<0,05) разницей при сравнении с проявлением аутоагрессии в группе несовершеннолетних с РАС. Чаще всего взрослым свойственно проявление вербальной аутоагрессии, физическая аутоагрессия возникает редко и, как правило, в ответ на сильные эмоциональные потрясения.

Нарушения поведения являются одним из ключевых проявлений РАС, характеризуясь большим разнообразием.

В сфере поведения основными клиническими проявлениями выступают различные страхи, выявленные у 92,9 % детей с РАС. Дети боятся самых разнообразных объектов, любой стимул, поступающий извне, может служить объектом страха. По нашим наблюдениям, наиболее часто встречающимися проявлениями страхов служат страх перемены привычной обстановки или распорядка дня, громких звуков, незнакомых лиц, поездок в транспорте, страх собак. Для настоящего феномена характерным является редукция одних страхов и одновременная замена их на другие. Данный феномен наблюдался у Ивана X., вошедшего в исследование.

Иван Х., 5 лет. Диагноз: ранний детский аутизм. Выражал беспокойство по поводу малейшего отклонения от привычного маршрута следования в поликлинику. Проявлял тревогу, протестные реакции, самоагрессию в виде ударов по голове, агрессию к матери — тянул за одежду, пытался укусить. С течением времени, после 2-летнего посещения поликлиники, стал меньше бояться смены привычного маршрута. Одновременно с редукцией прежнего страха появился новый страх, когда его усаживали на стул перед врачом. Поэтому, заходя в кабинет, всегда стремился встать в строго определенный угол, хотя раньше свободно передвигался по кабинету, трогал предметы и игрушки, садился на стул перед врачом. Попытки вывести ребенка из угла, отвлечь внимание заканчивались неудачей, бурной протестной реакцией в виде крика, плача, самоагрессии.

В группе взрослых с РАС страхи присутствуют в 47,7 % случаев, статистическая разница является достоверной (p<0,05). Основными проявлениями страхов в группе взрослых с РАС является страх перемены привычной обстановки, громких звуков.

Обнаружен высокий удельный вес больных РАС (77,0 %), выявивших в детском возрасте нарушение ритма «сон – бодрствование». Часто несовершеннолетние с РАС проявляют повышенную активность, выражающуюся в психомоторном возбуждении, подъемах настроения по ночам или в вечернее время. Утром ребенка бывает трудно разбудить с целью посещения школы или детского сада. Как показывают наши наблюдения, чаще всего дети формируют свой собственный распорядок дня, которого очень четко придерживаются. К взрослому возрасту 38.6 % больных РАС выявляют нарушения ритма «сон – бодрствование». Разница между группами взрослых и несовершеннолетних с РАС по этому клиническому признаку статистически недостоверна. Во взрослом возрасте больные стараются придерживаться установившегося с детского возраста распорядка дня, тяжело переносят ранние пробуждения, большую активность проявляют во второй половине дня.

Более половины исследуемых (59,6 %) подвержены периодическим «уходам в себя», которые проявляются погружением в собственный мир переживаний, отрешенностью от окружающей действительности. Дети замирают в однообразной позе, чаще сидя или лежа, перестают реагировать на внешние стимулы, игнорируют обращенные к ним слова, не обращают внимания на прикосновения. Даже воздействие сильных внешних раздражителей лишь ненадолго выводит ребенка из состояния «погруженности в себя», которое может длиться от нескольких часов до нескольких дней. У взрослых больных РАС настоящий клинический признак сохраняется в 47,7 % случаев. Разница между группами несовершеннолетних и взрослых с РАС статистически недостоверна, что свидетельствует о стойкости этого нарушения.

50.8 % исследуемых детей с РАС демонстрировали снижение чувства самосохранения, проявляющееся в следующем: у ребенка отсутствует чувство реальной опасности. Опасения ребенка своеобразны, индивидуальны. Чаще всего ребенок-аутист боится вещей, представляющих в сознании окружающих мнимую опасность, вызывающих страх только у него одного, но одновременно совершенно не проявляет беспокойства, сталкиваясь с ситуациями, представляющими реальную угрозу жизни и здоровью, например, находясь на высоте, поднося руку к открытому пламени. Как правило, даже после серьезного столкновения с опасными ситуациями и при получении определенного вреда здоровью ребенок не усваивает негативный опыт. К взрослому возрасту сниженное чувство самосохранения демонстрируют 20,4 % больных РАС, статистически разница между группами достоверна (p<0.05). Во взрослом возрасте проявления снижения чувства самосохранения выражаются в том, что больные становятся жертвой манипуляций других, не представляя опасности ситуации, в которую их вовлекают, не чувствуя враждебного к себе отношения. Взрослые больные РАС могут уехать на большое расстояние от дома, не имея малейшего представления о том, как можно вернуться назад. У пациентов может не сформироваться страх перед пламенем, высотой.

Нарушения пищевого поведения, проявляющиеся в избирательности в еде, своеобразии вкусовых пристрастий, установлены у 34,0 % несовершеннолетних с РАС. Дети исключают из рациона ряд продуктов, которые категорически отказываются употреблять в пищу, или, наоборот, потребляют пищевые продукты только от-

дельно друг от друга. Может присутствовать необычное сочетание вкусовых пристрастий – соленого и сладкого, горького и кислого. Данное клиническое проявление характеризуется стойкостью, к взрослому возрасту сохраняется у 34,0 % больных РАС.

Симбиотическая привязанность к кому-либо из близких, чаще к матери, наблюдается у 21,0 % детей с РАС. Возникает потребность в постоянном присутствии объекта симбиотической привязанности в поле зрения. Привязанность проявляется своеобразно: при внешнем отсутствии эмоциональных проявлений симпатии и любви ребенок выражает протестную реакцию при попытках объекта привязанности хотя бы не надолго его покинуть. Дети громко кричат, проявляют агрессию к объекту симбиотической привязанности, аутоагрессию. У взрослых больных РАС симбиотическая привязанность к кому-либо из близких сохраняется в 15,9 % случаев, характеризуясь устойчивостью, лишь слабо подлежит редукции.

Ритуальные действия в виде однообразно повторяющихся манипуляций установлены у 20,4 % детей с РАС и характеризуются большим разнообразием. Дети совершают ритуалы перед сном, выходом на улицу. Например, ребенок испытывает непреодолимую потребность несколько раз открыть и закрыть дверь перед входом в кабинет врача. По нашим наблюдениям, ритуальные действия характеризуются большой стойкостью, редукция одних ритуалов часто сменяется появлением новых. Взрослые больные РАС сохраняют приверженность к ритуальным действиям в 20,4 % случаев. Разница между проявлением данного клинического признака в группах несовершеннолетних и взрослых с РАС статистически высоко достоверна (р<0,001). Во взрослом возрасте у многих больных РАС соблюдение ритуалов приобретает более мягкие формы, часто сохраняются лишь элементы целых ритуалов, которым они следовали в детстве.

Нарушения поведения, выявленные у 11,3 % несовершеннолетних с РАС, проявляются в виде странных, вычурных форм поведения, необычных увлечениях. Дети полностью поглощены каким-либо действием, безотрывно занимаются им по многу часов в день (изучение разнообразных энциклопедий, заучивание наизусть текстов, перебирание и кручение веревочек, отказ носить определенную одежду или нижнее белье, представление себя животными).

Приводим клинический пример, наиболее ярко иллюстрирующий поведенческие нарушения.

Николай В., 6 лет, житель Новосибирска. Состоит на учете детского психиатра с 4 лет. Диагноз: детский аутизм. Впервые на прием приведен матерью. С её слов, с 3-летнего возраста появились странности в поведении — бегает на четвереньках, изображая собаку, скулит и лает. Требует называть его собакой, повязывает на шею веревку в виде ошейника, крайне настойчиво заставляет старшую сестру водить его на веревке, как собаку. В ответ на отказ или попытки переключить внимание проявляет бурные протестные реакции — кусается, дергает мать за волосы, разбрасывает игрушки, бьется об пол. Грязную одежду меняет крайне неохотно, с протестными реакциями, нижнее белье и носки носить отказывается, даже в холодное время года одевает обувь только на голую ногу.

Данные анамнеза: наследственность отягощена. По линии отца дядя (брат отца пробанда) болен шизофренией, бабушку по линии отца (мать отца пробанда) характеризуют как человека «странного», своеобразного, малообщительного, проявляющего немотивированное раздражение к людям, имеющего своеобразные интересы. По линии матери бабушка (мать матери пробанда) страдала алкоголизмом, неоднократно проходила лечение в наркологическом отделении.

Матери на момент обращения 34 года, образование среднеспециальное, не работает, здорова. Отиу 36 лет, образование среднеспециальное, по профессии водитель, проживает с семьей, но с женой находится в разводе. Малообщителен, склонен к уединению, часто озвучивает сверхценные идеи собственной «модели устройства мира», не интересуется проблемами семьи, к близким холоден. Характеризуется частыми конфликтами с окружающими, считает, что люди его не понимают. К сыну часто проявляет агрессию, озвучивает, что ненавидит ребенка, так как тот болен. Старшая сестра 11 лет, здорова.

Родился от третьей беременности, протекавшей с угрозой выкидыша, вторых родов. Роды в срок, отягощены двойным обвитием пуповины, родился в гипоксии. Закричал после реанимационных мероприятий. Вес при рождении 2900 граммов, рост 49 см. Оценка по шкале Апгар 7 баллов. У невролога наблюдается с рождения по поводу энцефалопатии. В 1,5 года получил черепно-мозговую травму (ударился об косяк двери) с переломом лобной кости и ушибом головного мозга.

С рождения был беспокойным: много плакал, нарушен ритм «сон — бодрствование». В младенчестве спал только днем, ночью бодрствовал. Сон до настоящего времени характеризуется прерывистостью с частыми пробуждениями, ночными страхами. Долго не узнавал никого из близких, никогда не тянулся на руки. Сидеть, ходить и разговаривать начал соответственно возрасту. После получения черепномозговой травмы (отец подбросил вверх, ребенок случайно ударился головой о потолок) стал отказываться от ношения белья и носков, утратил навыки опрятности, появилась непереносимость водных процедур, смены грязной одежды. Появилась избирательность в еде — из

круп ест только гречку, продукты употребляет отдельно, имеет пристрастие к лимонам с кожурой, может съесть «много, сколько дадут», двигательные стереотипии, дисфорические расстройства, приступы дурашливости. Перестал вступать в контакт с детьми, активно избегает визуального контакта, стал называть себя собакой. Детский сад посещает с 3 лет, крайне неохотно, не всегда удается оставить ребенка в детском саду. От детей держится особняком, при попытках вступить с ним в контакт проявляет агрессию. Проявляет аутоагрессию — бьет себя по голове, выкручивает пальцы.

При осмотре: соматически – без патологии.

Неврологический диагноз: энцефалопатия, последствия ЧМТ.

Психический статус: внешне неопрятен, в грязной одежде, обут в резиновые сапоги, надетые без носков. Ориентирован в месте и времени, в собственной личности ориентирован частично. Называет себя собакой, но одновременно соглашается с тем, что он мальчик Коля. Фон настроения неустойчив, с оттенком гневливости. К беседе интереса не проявляет, закрывает лицо руками, избегает визуального контакта, периодически соскакивает со стула, прячет лицо в сидении. Речь сформирована правильно, маломодулированная, говорит тихим голосом, к врачу обращается через мать. Эмоционально ситуации не адекватен. Периодически перебирает пальцами перед глазами, предложенными игрушками не заинтересовался. Мышление паралогичное. Внимание неустойчивое, отвлекаемое.

Результаты психологического обследования: учитывая неблагоприятный органический фон, наличие двигательной расторможенности, поведенческих нарушений и неустойчивости внимания, можно говорить о нарушениях гиперкинетического плана с признаками РДА.

Результаты по Оценочной шкале РДА — 30 баллов (умеренный аутизм).

Проведены дополнительные исследования.

ЭЭГ: эпиактивность не выявлена; признаки нейрофизиологической незрелости корковых ритмов.

Лечение: сонопакс 20 ма/сут, атаракс 25 ма/сут, ноотропил 800 ма/сут. От назначения других лекарственных препаратов мать категорически отказалась, мотивируя отказ боязнью привыкания. Психокоррекционную группу посетил 2 раза, затем мать перестала приводить ребенка на занятия, сославшись на занятость. В группе был пассивен, с детьми в контакт не вступал. Родители возможностями коррекции не интересуются, информацией о заболевании ребенка не владеют и интереса к ней не проявляют.

На фоне медикаментозного лечения стал лучше спать, более спокойным в поведении, появился визуальный контакт с матерью, легче переносит гигиенические процедуры. Но по-прежнему называет себя собакой, периодически лает, заставляет водить себя на веревке. Ситуация с посещением детского сада без изменений. Посещает детский сад крайне неохотно, с детьми в контакт не вступает. В группе взрослых больных РАС вычурные, необычные формы поведения наблюдаются у 10,0 %. Данный клинический признак обладает устойчивостью, упорным течением. Как правило, необычные формы поведения проявляются стереотипно, формируются в детском возрасте, характеризуются погруженностью в игры с куклами с систематической расстановкой их на строго определенные места, причем куклы воспринимаются как одушевленные; данные поведенческие формы мало изменяются со временем. В группе взрослых больных РАС они характеризовались в основном обязательными ночными прогулками, отказом выходить на улицу днем; отказом носить одежду, находясь дома.

Интеллектуальное недоразвитие и разнообразные речевые нарушения являются важной составляющей РАС. Снижение интеллекта установлено у 33,3 % несовершеннолетних; у 65,9 % взрослых с РАС – интеллектуальное недоразвитие; разница между этими показателями была статистически достоверна (р<0,05). Очевидно преобладание больных со сниженным интеллектом в группе взрослых, что косвенно указывает на тенденцию преобладания в современной детской популяции более мягких форм РАС, без снижения интеллектуального развития.

Нарушения речевого развития в виде отсутствия сформированной речи имели место у 21,0 % несовершеннолетних больных РАС. У них отсутствует фразовая речь, дети владеют отдельными словами или используют звукопроизношение. Речь не сформировалась к взрослому возрасту у 15,9 % больных РАС, достоверной разницы между группами не обнаружено. В случаях глубокого интеллектуального недоразвития отсутствие сформированной речи с детского возраста сохраняется на всю жизнь.

Дефекты звукопроизношения, своеобразие модуляций голоса наблюдаются у 78,9 % в группе несовершеннолетних. Отмечаются особенные интонации, повышение голоса в конце фразы. Дети говорят необычно тонким или писклявым голосом, растягивают произносимые слова. К взрослому возрасту такая особенность сохраняется у 15,9 % больных РАС. По нашим наблюдениям, дефекты звукопроизношения с возрастом проявляются в более мягкой форме, становятся менее заметными или имеют место только в стрессогенных ситуациях. Отмечена высокая статистическая достоверность между проявлением описываемых особенностей в группах несовершеннолетних и взрослых больных РАС (р<0,001).

Присутствие речевых стереотипий характерно для 87,7 % детей с РАС. Как правило, они пользуются короткой фразойштампом, иногда употребляют речевые штампы не по назначению, не понимая, что они мало пригодны для коммуникации. Часто воспроизведение ребенком стереотипных речевых построений не имеет прямого отношения к происходящему. У взрослых больных РАС присутствие речевых стереотипий отмечено в 36,3 % случаев. Различия показателей между группами несовершеннолетних и взрослых больных РАС высоко достоверны (р<0,001). Выявлена тенденция к снижению использования взрослыми больными РАС речевых стереотипий. Однако характерно более уместное, связанное с конкретной ситуацией употребление фраз-штампов, чем в детском возрасте.

Эхолалии в детском возрасте отмечены у 64,9 % больных РАС и проявляются в повторе за говорящим вопроса, окончания фразы. Возможно многократное, стереотипное повторение сказанного. Часть детей имитирует интонацию, с которой фраза была высказана. Во взрослом возрасте эхолалии свойственны 34,0 % больных РАС, т. е. очевидна тенденция к редукции. Выявлена статистическая достоверность различия показателей (р<0,05).

Нарушения в сфере моторики характерны для большинства больных РАС. Гипертонус отмечен у 42,1 % несовершеннолетних с характерным напряжением отдельных мышечных групп. Из-за постоянного напряжения дети не могут передвигаться свободно, чувствуют скованность. У 6,8 % взрослых пациентов гипертонус имел тенденцию к спонтанному снижению, регистрировался в группе взрослых достоверно реже (p<0,001), характеризовался вялостью, слабым развитием скелетной мускулатуры. Его проявления снижались к взрослому возрасту с достоверным различием показателей в возрастных группах несовершеннолетних и взрослых (19,2 и 9,0 %; p<0,05).

40,3 % несовершеннолетних с РАС свойственны неуклюжесть, марионеточность движений, плохая координация движений, порывистость, импульсивность; движения ребенка выглядят неоконченными, угловатыми, размашистыми. Отмечается достоверная редукция данной симптоматики во взрослом возрасте. У 6,8 % взрослых с РАС движения плохо координированы (р<0,001). Передвижение «на носочках» или на «деревянных» негнущихся ногах отмечено у 36,8 % детей с РАС; у взрослых пациентов данный феномен не зафиксирован. Очевидно, что это клиническое проявление полностью редуцируется во взрослом возрасте.

Задержка в развитии ходьбы отмечена у 36,8 % несовершеннолетних с РАС. Дети начинают ходить позднее, чем предполагают нормы физического развития. Достоверно установлено, что ползание в младенчестве также формировалось с задержкой. Дольше, чем у здоровых детей, у них отмечалась шаткая, неуверенная походка, позднее сформировалась возможность бегать.

Нарушения в сфере моторики, характеризующиеся трудностями при выполнении действий, связанных с развитием мелкой моторики рук (письмо, лепка, рисование) свойственно 85,9 % несовершеннолетних. Детям сложно правильно держать в пальцах ручку, карандаш. Они затрудняются воспроизвести буквы, цифры. У 25,0 % взрослых с РАС сохраняются нарушения в области тонкой моторики, причем реже с высокой степенью достоверности (p<0,001), чем в группе несовершеннолетних.

Двигательные стереотипии, проявляющиеся в однообразных, повторяющихся двигательных актах, обнаружены у 52,6 % несовершеннолетних с РАС с достоверным снижением их числа у взрослых. Наиболее часто встречаются стереотипное манипулирование пальцами рук, перебирание пальцев, однообразные движения пальцами перед глазами, раскачивание туловища взад и вперед. Более редко отмечаются притопывания, покачивания ногой, приседания, подпрыгивания. Проведенный анализ выявил высокую степень достоверности (р<0,001) различий показателей в группах несовершеннолетних и взрослых (18,0 %).

Игровая деятельность несовершеннолетних с РАС своеобразна и имеет существенные различия с игровой деятельностью здоровых детей. Манипулирование неигровыми предметами со стереотипностью, длительностью, полной погруженностью ребенка в деятельность выявлено у 100 % детей. Чаще всего они используют рабочие инструменты, посуду, карандаши, шариковые ручки, разные тюбики, флаконы, веревочки, полиэтиленовые пакеты, которые раскладываются, расставляются или перебираются в строгой последовательности. Такая деятельность стереотипна и надолго захватывает ребенка вплоть до полного физического изнеможения. К взрослому возрасту манипулирование предметами сохраняют 27,2 % больных РАС, причем проявления данной деятельности не отличаются от таковых в детском возрасте. Исследование показало высокую достоверность различий в количестве проявлений в группах несовершеннолетних и взрослых (p<0,001), что свидетельствует о высокой вероятности редуцирования данной симптоматики во взрослом возрасте.

Отсутствие функций ролевой игры показали 100 % больных РАС. В качестве объектов игры дети редко используют игрушки, изображающие животных или людей, отдавая предпочтение конструкторам, мозаикам, головоломкам, кубикам, машинкам. Игрушки систематизируются, расставляются в ряды. Но при этом отсутствует взаимодействие между элементами игры.

Обнаружено, что для 78,9 % несовершеннолетних с РАС характерна «очарованность» сенсорными раздражителями — водой, огнем, песком. Дети стереотипно, подолгу пересыпают песок, заворожено смотрят на огонь, манипулируют водой. Попытки отвлечь детей, переключить их внимание на другую деятельность встречают активное сопротивление вплоть до физической агрессии. Разница сравниваемых показателей в группах несовершеннолетних и взрослых с РАС имеет высокую достоверность (р<0,001, что свидетельствует о том, что «сенсорная» поглощенность, очарованность с возрастом существенно снижается.

Клинический пример демонстрирует вышеприведенные данные. Наталья А., 1986 г. р., возраст 24 года, проживает в Новосибирске. Диагноз: шизофрения с ранним началом, олигофреноподобный эффект. Ревизия диагноза проведена после 18 лет. До 18-летнего возраста наблюдалась у психиатра с диагнозом: детский аутизм (синдром Каннера).

На учете у психиатра с 7-летнего возраста. Впервые мать обратилась с жалобами на снижение интеллектуального развития, стеротипные действия, эхолалии, приступы психомоторного возбуждения, отсутствие продуктивного контакта с окружающими.

Анамнез. Мать, 1953 г. р., образование среднеспециальное, работает техником, в семье всегда спокойна, уравновешенна. Отец, 1951 г. р., имеет среднеспециальное образование, работает водителем, по характеру спокойный, доброжелательный. В семье есть здоровый старший ребенок. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена.

Больная родилась от второй беременности, вторых родов. Беременность протекала с гестозом легкой степени. Роды протекали без патологии. Вес при рождении 3 500 граммов. После первого года родители стали замечать, что ребенок отстает в развитии, не реагирует на обращения, не смотрит в глаза, производит стереотипные движения руками, автоматически раскачивается.

За время наблюдения у психиатра выявлены следующие нарушения: в коммуникативной сфере отмечалась патологическая реакция на появление нового человека — плакала, кричала, пыталась спрятаться. Не останавливала взгляд на лице собеседника, избегала взгляда «глаза в глаза». На попытки окружающих вступить в кон-

такт реагировала негативно – громким криком и плачем, попытками спрятаться. Сама инициативы в общении не роявляла. В аффективной сфере привлекали внимание слабая эмоциональная откликаемость, проявления аутоагрессии (кусала руки, вырывала волосы), дурашливости. В сфере поведения отмечались страх громких звуков. темноты, включенного пылесоса. Избирательна в еде: не ест мясо, из круп употребляет только гречневую. Присутствуют такие ритиалы, как переворачивание простыни и подушки перед отходом ко сну. Строго придерживается определенных маршрутов прогулок. Отсутствовало чувство самосохранения – не понимала опасности высоты, огня. В речевой сфере отмечалась задержка, речь смазанная, нечеткая, с дефектами звукопроизношения. Не использовала речевую функцию с целью коммуникации. В речи присутствовали эхолалии, речевые стереотипии. Интеллект снижен до степени умеренной умственной отсталости. Выявлялись нарушения моторики - гипертонус скелетной мускулатуры, передвижение «на носочках», неуклюжесть, «марионеточность» движений, нарушения тонкой и грубой моторики. Игровая деятельность характеризовалась стереотипным перебиранием неигровых предметов (катушек с нитками, ложек). Детский сад не посещала. Окончила 3 класса коррекционной школы по индивидуальной программе, затем признана необучаемой.

Лечение. Галоперидол 15 мг в сутки, курсы ноотропных препаратов.

На дому индивидуально занималась с репетиторами, с 7-летнего возраста до совершеннолетия посещала психолого-педагогические группы. Родители с раннего возраста уделяли ребенку много внимания, принимали активное участие в коррекционном взаимодействии.

В настоящее время в состоянии больной отмечается положительная динамика, выявлена редукция следующей симптоматики: менее выраженной стала негативная реакция на появление нового человека, более позитивно реагирует на попытки окружающих вступить в контакт, стала проявлять инициативу в общении. В аффективной сфере остается слабая эмоциональная откликаемость, может игнорировать словесные обращения. Появились дисфорические нарушения. Не проявляет дурашливости. Исчезли аутоагрессия, страхи, ритуальные действия. Отмечаются существенные улучшения в речевой сфере. Сформировалась фразовая речь. Уменьшились дефекты звукопроизношения. Сформировалась коммуникативная функция речи. Сохраняются эхолалии. Улучшилась моторика, редуцировалась ходьба «на носочках».

Таким образом, на фоне проводимой коррекции стала более коммуникабельной, сформировались бытовые навыки – помогает матери по ведению хозяйства, делает несложную работу, проявляет по этому поводу позитивные эмоции.

3.4. Клинико-нозологическая характеристика больных расстройствами аутистического спектра

Основополагающим принципом построения диагноза попрежнему остается нозологический. Формулировка диагноза должна соответствовать ныне действующей МКБ-10. Принципы нозологической классификации РАС за долгую историю психиатрии претерпели ряд значительных изменений. На ранних этапах систематика психических заболеваний проводилась на основе преобладающих у больного психических расстройств — синдромологический принцип. По мере развития психиатрии систематика психических болезней, в том числе и РАС, строилась с учетом ряда предпосылок: синдромологический подход (ориентация на психические расстройства, выявленные у больного на период обследования) дополнялся описаниями особенностей динамики отдельных состояний, соображениями об общей характеристике патологического процесса (Снежневский А. В., 1983; Шнайдер К., 1992).

Нозологическая диагностика РАС всегда сопряжена с рядом затруднений. В настоящее время в литературе все чаще уделяется внимание тому, что вокруг «чистого» клинического синдрома группируются формы психических нарушений, сходных по клиническим проявлениям, но характеризующихся менее выраженным «стертым» течением (Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. и др., 2005).

В интересах исследования была выполнена ревизия и проведена переквалификация диагнозов, поставленных ранее по МКБ-9 в соответствии с МКБ-10. Диагнозы исследуемого контингента, поставленные в соответствии с МКБ-10, приведены в таблице 7.

Таблица 7 Нозологическая характеристика группы несовершеннолетних больных

Диагноз	абс.	%
Детский аутизм	31	54,3 %
Атипичный аутизм	9	15,7 %
Синдром Аспергера	17	29,8 %
Всего	57	100 %

В группе несовершеннолетних больных значительно преобладал детский аутизм. Различия экстенсивных показателей с атипичным аутизмом и синдромом Аспергера высоко достоверны (p<0,001). Анализ не показал достоверной разницы преобладания синдрома Аспергера перед атипичным аутизмом.

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 РАС относятся к разделу «Расстройства психологического (психического) развития», что подразумевает детский и подростковый возрасты пациентов. Категория совершеннолетних пациентов не относится к этому диагностическому разделу. В настоящее время в РФ диагноз аутизма не является правомерным в отношении взрослых больных. По достижении больными совершеннолетия происходит обязательная ревизия диагноза. Чаще всего рекомендуется смена бывшего диагноза аутизма на диагноз шизофрении, шизоидного и шизотипического расстройства (табл. 8).

Таблица 8 Нозологическая характеристика группы взрослых (совершеннолетних) больных

Диагноз	абс.	%
Шизофрения	24	54,5 %
Шизотипическое расстройство	6	13,6 %
Шизоидное расстройство	11	25 %
Умственная отсталость	3	6,8 %
Всего	44	100 %

В группе совершеннолетних больных РАС высоко достоверным (p<0,001) оказалось преобладание шизофрении в сопоставлении с другими нозологическими группами. В диагностической группе больных шизофренией клинические формы распределились следующим образом: больных параноидной шизофренией в исследование вошло 13 чел. (54,1 %), недифференцированной шизофренией страдали 7 пациентов (33,3 %), диагноз резидуальной шизофрении был установлен 3 больным (12,5 %).

Анализ не показал достоверной разницы в преобладании шизоидного или шизотипического расстройства среди исследуемого контингента. Диагноз умственной отсталости по достижении подросткового возраста был установлен 3 (6,8 %) больным, относившимся ранее к диагностической группе раннего детского аутизма. Во взрослом возрасте у них сохранились аутистические нарушения: на первый план выступают нарушения поведения и влечений, присутствуют нарушения коммуникативных навыков, значительно снижена социальная адаптация. Число взрослых больных с диагнозом умственной отсталости и РАС достоверно ниже (p<0,01), чем количество больных других диагностических групп.

Проведенный анализ преобладания форм тяжести РАС (по шкале РДА) показал практически равное соотношение больных

с тяжелыми (52 пациента), умеренными и легкими (49 пациентов) формами (соответственно 51,4 и 48,5 %). Достоверной статистической разницы между этими показателями не существует.

Таким образом, проведенный клинико-эпидемиологический анализ больных РАС в период с 1975 по 2009 г. позволил установить следующее: 1) достоверно установлен рост интенсивных показателей распространенности РАС с 2002 по 2009 г. в 3 раза. Наиболее интенсивный рост приходится на период с 2005 по 2008 г.; прирост больных в основном происходит за счет лиц мужского пола (в детской группе соотношение мальчиков и девочек 4,6:1, в группе взрослых с последствиями аутизма соотношение мужчин и женщин 3,6:1); средний возраст первичного обращения за психиатрической помощью больных РАС составил 6,4±0,5 года; 2) у больных РАС установлен низкий уровень социальной адаптации, особенно затруднена социальная адаптация в дошкольный период и у взрослых с последствиями аутизма; 3) большая часть клинических проявлений РАС имеет тенденцию к редукции во взрослом возрасте. Основным дезадаптирующим фактором остаются нарушения в коммуникативной сфере: 4) по распространенности нозологических форм у несовершеннолетних с РАС отмечается более частое диагностирование детского аутизма (54,3 %), у взрослых с РАС достоверно чаще установлен диагноз шизофрении (54,5 %).

РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ, КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ И МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ИХ ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ

Мы все в глубине души считаем, что у нас есть основания быть в обиде на судьбу и природу за ущерб, как врожденный, так и нанесенный нам в детстве; все мы требуем компенсаций за оскорбления, нанесенные в наши юные годы нашему самолюбию. Отсюда проистекает претензия на исключение, на право не считаться с теми сомнениями и опасениями, которые останавливают остальных людей.

3. Фрейд

В последнее десятилетие в отечественной и зарубежной психиатрии значимо поменялся взгляд на природу РАС (Башина В. М., 1999; Аппе Ф., 2006; Пичугина Ю. А., 2009), изменились диагностические и терапевтические подходы (Лебединская К. С., Никольская О. С., 1991; Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М., 2005). Большое значение придается роли биологических, конституциональных и микросоциальных факторов в формировании РАС. Интерес исследователей направлен на углубленное изучение этиологии аутизма и разработку более эффективных коррекционных программ.

Для установления взаимосвязи биологических, конституциональных и социально-экономических факторов и формирования РАС были использованы результаты анамнестического и клинического обследования, которые позволили выявить ряд особенностей на основании парной и множественной корреляции, значение которой позволяет представить величину и направление связи от слабой (при значении корреляции 0,05) до полной (коэффициент корреляции равен 1).

4.1. Особенности влияния биологических факторов на формирование расстройств аутистического спектра

Проведенный нами анализ взаимосвязи воздействия биологических факторов на больных с расстройствами аутистического спектра и их родителей и возникновения РАС выявил ряд закономерностей, рассматриваемых в следующих подразделах.

Анализ взаимосвязи отягощенного акушерского анамнеза у матерей исследуемого контингента и возникновения у потомства расстройств аутистического спектра

Как свидетельствуют многочисленные литературные источники, отягощенный акушерский анамнез у матерей способствует формированию патологии ЦНС у потомства (Шиляева М., 2002; Горбунова Е. А., 2004; Володин Н. Н., Буркова А. С., Медведев М. И., 2005; Линьков В. В., 2006; DeVeber G., 2003; Kirkham F. J., Hogan A. M., 2004; DeVeber G., 2005). В результате изучения анамнестических сведений установлено, что большинство матерей исследуемого контингента (68,3 %) имели отягощенный акушерский анамнез (рис. 8).



Акушерский анамнез отягощен

69; 68%

Рис. 8. Акушерский анамнез матерей исследуемого контингента

Основными нозологическими формами, установленными при исследовании патологии беременности, являлись хроническая внутриматочная инфекция, угроза невынашивания, гестозы разной степени тяжести, фетоплацентарная недостаточность, нефропатия. Патология родов была представлена акушерскими кровотечениями, тазовым предлежанием плода, предлежанием плаценты, стремительными родами, асфиксией плода вследствие двойного и тройного обвития пуповины, родами после длительного безводного промежутка, слабостью родовой деятельности.

Поведен анализ корреляции тяжести РАС исследуемого контингента с наличием патологии беременности и родов у матерей (табл. 9). Согласно данным вычисления коэффициента парной корреляции, в рамках изучения акушерского анамнеза матерей пациентов с РАС установлено, что наличие у матерей отягощенного акушерского анамнеза имеет прямую связь с возникновением у детей РАС. Достоверно доказано, что среди детей матерей, не имевших патологию беременности и родов, число детей с тя-

желыми формами аутизма существенно ниже, чем у матерей с отягощенным акушерским анамнезом (p<0,001, X=5,071).

Таблица 9

Корреляция тяжести РАС с наличием патологии беременности и родов у матери

Наличие патологии беременности	Дети с проявлениями аутизма		
и родов у матери	тяжелыми	легкими и умеренными	
Матери с наличием патологии	45 (86,5 %)	24 (48,9 %)	
беременности и родов			
Матери без патологии	7 (13,4 %)	25 (51,1 %)	
беременности и родов			
Bcero	52 (100 %)	49 (100 %)	

На основе анамнестических данных нами проведено исследование степени тяжести акушерской патологии матери и её влияния на тяжесть РАС (табл. 10).

Таблица 10 Корреляция тяжести патологии беременности матери с тяжестью РАС у детей

Степень тяжести патологии	К-во	Степень тяжести РАС		
беременности	женщин	Тяжелая	легкая и	
			умеренная	
Патология беременности тяжелой степени	31 (49,2 %)	23 (74,1 %)	8 (25,8 %)	
Патология беременности легкой	32 (50,7 %)	11 (34,3 %)	21 (65,6 %)	
и средней степени тяжести				
Всего	63 (100 %)	34 (53,9 %)	29 (46 %)	

Представленные данные показывают, что патология беременности тяжелой степени установлена у 49,2 % женщин, легкая и умеренная степени тяжести – у 50,7 %.

Таблица 11 Корреляция тяжести патологии родов матери с тяжестью РАС у детей

Степень тяжести	К-во жен-	Степе	ень тяжести РАС
патологии родов	щин	тяжелая	легкая и умеренная
Патология родов тяжелой степени	27 (39,1 %)	18 (26 %)	9 (13 %)
Патология родов легкой и средней	42 (60,8 %)	27 (39,1 %)	15 (21,7 %)
степени			
Всего	69 (100 %)	45(65,2 %)	24(34,7 %)

Тяжелая патология родов наблюдалась у 39,1 % женщин, легкая и средней степени тяжести патология родов – у 60,8 % (табл. 11).

Анализ данных о корреляции тяжести патологии беременности с тяжестью РАС выявил достоверность настоящего предположения (p<0,05). Патология беременности матерей тяжелой степени может влиять на формирование у детей более тяжелых проявлений РАС.

Настоящая закономерность может быть объяснена тем, что тяжелая патология беременности у матери часто приводит к нарушению формирования и поражению ЦНС у плода, более тяжелая патология беременности определяет более тяжелое поражение ЦНС и, как следствие, более тяжелые проявления РАС. Предположение о взаимосвязи степени тяжести осложнений родов с тяжестью РАС оказалось статистически недостоверно.

Анализ езаимосвязи неврологической патологии и расстройств аутистического спектра

Как свидетельствуют литературные данные, среди людей с психиатрическими нарушениями, в том числе и с РАС, довольно высок процент отягощенности неврологической патологией (Горюнова А. В., 1995; Башина В. М., 1999; Гилберт К., Питерс Т., 2005). Исследователи утверждают, что у 35 % больных аутизмом установлено поражение нервной системы (Мастюкова Е. Н., Московкина А. Г., 2003). Особое внимание в литературе уделяется перинатальным поражениям центральной нервной системы. Перинатальное поражение ЦНС — собирательный диагноз, подразумевающий нарушения структуры или функции головного мозга, различного происхождения, возникшие в перинатальный период. Согласно литературным источникам (Максимова Т. М., 1994; Крайт Г., 2000; Володин Н. Н., 2000; Володин Н. Н., 2001), к перинатальному периоду относятся антенатальный, интранатальный и ранний неонатальный периоды.

Антенатальный период начинается на 28-й неделе внутриутробного развития и оканчивается началом родового акта. Интранатальный период включает непосредственно сам акт родов от начала родовой деятельности до рождения ребенка. Ранний неонатальный период соответствует первой неделе жизни ребенка и характеризуется процессами адаптации новорожденного к условиям внешней среды. В современной международной классификации болезней (МКБ-10) диагноз «перинатальное поражение ЦНС» не применяется.

В настоящее время в Российской Федерации для диагностики перинатальных поражений применяется принятая в 1999 г. и базирующаяся на современных научных достижениях и терминологии, используемой в МКБ-10, классификация перинатальных поражений ЦНС и их последствий у детей первого года жизни (Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных: методические рекомендации. – М: ВУНМЦ МЗ РФ, 2000). Настоящая классификация предусматривает подразделение неврологических нарушений на 4 основные группы в зависимости от ведущего механизма повреждения: гипоксические, травматические, токсико-метаболические, инфекционные. Согласно настоящей классификации, перинатальные поражения новорожденных имеют следующие патогенетические характеристики: церебральная ишемия, внутричерепные кровоизлияния гипоксического генеза, сочетанные ишемические и геморрагические поражения ЦНС, внутричерепная родовая травма, родовая травма спинного мозга, родовая травма периферической нервной системы, преходящие нарушения обмена веществ, токсикометаболическое поражение ЦНС при внутриутробных инфекциях. Течение перинатального поражения ЦНС подразделяется на легкое, средней и тяжелой степени. Последствия перинатальных поражений ЦНС у детей в возрасте старше 1 года классифицируются по МКБ-10 в разделе G93. Другие поражения головного мозга в диагностической категории «Энцефалопатия неуточненная» (G93.4). Принимая во внимание, что МКБ-10 официально принята к применению в нашей стране только в 1999 г., проведены ревизия и переквалификация неврологических диагнозов у исследуемого контингента в соответствии с рубриками МКБ-10.

Анализ анамнестических сведений установил, что 72,2 % больных страдают неврологической патологией (рис. 9). Из них 48 (66,6 %) наблюдаются неврологом с периода новорожденности с энцефалопатией в связи с последствиями перинатального поражения ЦНС. 1 ребенок страдает врожденной гидроцефалией (1,3 %).

14 чел. (19,4 %) были поставлены на неврологический учет после года. У 2 установлен диагноз энцефалопатии вследствие ЧМТ. З ребенка наблюдаются с диагнозом энцефалопатии вследствие перенесенной нейроинфекции. 9 детей с экстрапирамидными нарушениями наблюдаются неврологом с возраста старше 3 лет (табл. 12).

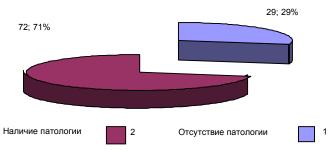


Рис. 9. Отягощенность неврологической патологией у лиц с РАС

Таблица 12 Анализ клинических форм неврологической патологии исследуемого контингента

Диагноз	Количество больных
Энцефалопатия (G93.4)	62 (86,1 %)
Экстрапирамидные двигательные нарушения (G25)	9 (12,5 %)
Гидроцефалия (G94)	1 (1,3 %)
Bcero	72 (100 %)

Большинство больных имеют диагноз энцефалопатии (последствия ППЦНС, ЧМТ и нейроинфекции). Эти данные высоко достоверны (p<0,001). У 12,5 % больных установлены экстрапирамидные двигательные нарушения в виде гиперактивности и дефицита внимания. У 1 больного (1,3 %) вынесен диагноз гидроцефалии.

36 больных имели поражение ЦНС вследствие церебральной ишемии (75,0 %), 7 (14,5 %) — поражение ЦНС при внутриутробной инфекции, 5 (10,4 %) — внутричерепную родовую травму (табл. 13).

Таблица 13 Патогенетические характеристики больных с диагнозом энцефалопатии вследствие перинатального поражения ЦНС

Повреждающий фактор	Количество человек
Церебральная ишемия	36 (75,0 %)
Внутриутробная инфекция	7(14,5 %)
Внутричерепная родовая травма.	5 (10,4 %)
Всего	48 (100 %)

Таким образом, установлено, что церебральная ишемия, как повреждающий фактор, встречается значительно чаще, чем другие патогенетические факторы, и является основной причиной

поражения ЦНС у пациентов исследуемой группы. Эти данные высоко достоверны (p<0,001).

Вполне закономерно, что нас заинтересовала корреляция тяжести поражения ЦНС с тяжестью РАС у исследуемого контингента. Проведен анализ взаимосвязи степени тяжести поражения ЦНС с тяжестью РАС (табл. 14).

Таблица 14 Корреляция тяжести поражения ЦНС (энцефалопатии) со степенью тяжести РАС

Степень тяжести поражения	К-во	Степень тяжести РАС		
ЦНС в острый период	больных	тяжелая	легкая и умеренная	
Тяжелая	35 (56,4 %)	33 (78,5 %)	2 (10 %)	
Средняя и легкая	28 (45,1 %)	9 (21,4 %)	18 (90 %)	
Всего	62(100 %)	42 (100 %)	20 (100 %)	

Как показали результаты анализа между числом больных с тяжелой, средней и легкой степенями тяжести энцефалопатии, не выявлено достоверной статистической разницы (56,4 и 45,1 %). Среди больных с тяжелым поражением ЦНС с высокой степенью достоверности (p<0,001) преобладают пациенты с тяжелым течением аутизма. В группе больных энцефалопатией средней и легкой степени отсутствует достоверная разница между пациентами с тяжелыми, легкими и умеренными формами аутизма.

Анализ 9 пациентов с экстрапирамидными двигательными нарушениями показал распределение в этой группе больных с тяжелым и умеренным аутизмом (44,4 и 55,5 %). Между этими показателями не выявлено достоверной разницы. 1 больной с диагнозом гидроцефалии тяжелой степени страдает тяжелым аутизмом.

Вышеприведенные данные свидетельствуют о том, что среди больных РАС зарегистрирован высокий процент пациентов с патологией головного мозга. Очевидно, что наличие настоящей патологии может влиять на формирование у пациента РАС. Вполне убедительным является тот факт, что среди больных, имевших в анамнезе поражение головного мозга тяжелой степени, существенно выше процент пациентов с тяжелым аутизмом. Очевидно, что тяжесть поражения центральной нервной системы коррелирует со степенью тяжести аутистических проявлений. Среди больных с поражением ЦНС тяжелой и средней степени достоверно выше число пациентов с тяжелым течением аутизма, чем среди пациентов, страдающих патологией ЦНС легкой степени.

Характеристика сопутствующих хронических заболеваний у больных расстройствами аутистического спектра

С целью изучить возможность влияния на формирование РАС сопутствующих хронических заболеваний, не относящихся к разряду психических, были исследованы хронические заболевания, которыми страдали больные, вошедшие в исследовательскую выборку. Сопутствующие заболевания, выявленные у исследуемых, позволяют разделить больных на следующие группы: страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, патологией органов дыхания, патологией почек (табл. 15).

Таблица 15 Клинические формы хронических заболеваний исследуемого контингента

Диагноз	К-во	Степені	ь тяжести РАС
	больных	тяжелая	легкая и умеренная
Заболевания сердечно-сосудистой	5 (26,3 %)	2 (10,5 %)	3 (15,7 %)
системы			
Заболевания желудочно-кишечного	11 (57,8 %)	7 (36,8 %)	4 (21,6 %)
тракта			
Заболевания органов дыхания	1 (5,2 %)	1	1 (5,2 %)
Заболевания почек	2 (10,5 %)	-	2 (10,5 %)
Всего	19 (100 %)	9 (47,3 %)	10 (52,6 %)

Данные, представленные в таблице 15, свидетельствуют, что заболевания сердечно-сосудистой системы установлены у 5 больных (26,3 %). У 2 диагностирован врожденный порок сердца, 1 больной наблюдался по поводу перикардита, еще у 2 установлена артериальная гипертензия. Пациентов с тяжелым аутизмом было 2, с умеренным и легким — 3 (10,5 и 15,7 %).

С патологией желудочно-кишечного тракта выявлено 11 пациентов (57,8 % от общего числа). З из них наблюдаются гастроэнтерологом по поводу дискинезии желчевыводящих путей, 5 — по поводу хронического гастрита, 3 чел. — с дисбактериозом.

Преобладание настоящей группы заболеваний статистически высоко достоверно (р<0,001). В данной группе тяжелое течение РАС было установлено у 7 больных, легкое и умеренное — у 4 (36,8 и 21,6 %). 1 пациент страдал патологией органов дыхания — бронхиальной астмой (5,2 %). Аутистические проявления у него характеризовались умеренным течением. 2 пациентов наблюдались по поводу хронического пиелонефрита (10,5 %), оба страдали умеренным аутизмом.

Таким образом, 19 больных из 101 человека, вошедшего в исследование, страдают хроническими заболеваниями, не входящими в раздел психиатрических (18,0 %). Преобладают заболевания желудочно-кишечного тракта. Не установлено статистически достоверной корреляции тяжести РАС с наличием у пациентов того или иного хронического заболевания.

Проведенное исследование доказывает, что присутствие у больных РАС заболеваний, не входящих в разряд психиатрических, не влияет на формирование аутизма и тяжесть его проявлений, но, несомненно, является дополнительным дезадаптирующим фактором. Нарушения соматического здоровья обусловливают разные степени снижения социально-психологической адаптации: от незначительного до выраженного снижения в сборных группах школьников с различными заболеваниями (Вострокнутов Н. В., 1995). Дети, страдающие разными видами хронических соматических заболеваний, проявляют своеобразие в личностном развитии. Наличие соматического заболевания у ребенка создает своеобразную социальную ситуацию развития. Поэтому формирование внутренней картины болезни специфично для конкретного заболевания. При формировании внутренней картины болезни отмечаются сенситивные периоды осознания заболевания, имеющие разную возрастную отнесенность при различных заболеваниях. Эти периоды совпадают с кризисом осознания болезни, а у детей сопровождаются различного рода трудностями в личностном развитии (Куртанова Ю. Е., 2004).

4.2. Влияние конституциональных и семейных факторов на формирование расстройств аутистического спектра

Высокой распространенности психических заболеваний в семьях больных аутизмом придается немалое значение отечественными и зарубежными исследователями (Башина В. М., 1970; August et al., 1981; Lutchmaya S., Baron-Cohen S., Raggatt P., Manning T., 2004; Lawson J., Baron-Cohen S., Wheelwright S., 2004). Ряд авторов отмечают большой процент встречаемости заболевания шизофренией и аутизмом у членов одной семьи (Ремшмидт X., 2003; Volkmar F. R. et al., 2004). Приводятся данные о наследственной предрасположенности к своеобразию психического развития при аутизме (Мастюкова Е. М., Московкина А. Г., 2003). В настоящее время с особой остротой встал вопрос о превенции и профилактике в психиатрии. Одним из при-

оритетных направлений является выявление лиц с высоким риском формирования и развития психической патологии (Гуткевич Е. В., Семке В. Я., 2004).

Распространенность психических заболеваний в семьях исследуемого контингента

В рамках настоящего исследования проанализирована распространенность психических заболеваний в семьях больных, вошедших в исследование. Проведено клинико-генеалогическое исследование в родительских семьях и среди родственников прародительских семей. От членов семей собиралась информация о родственниках, страдавших психическими заболеваниями, имевших подтвержденный психиатрический диагноз и проходивших лечение у психиатра. Собраны сведения о 202 родителях и 67 сибсах (исследовались все родственники первой степени родства), среди них 140 женщин (матери и родные сестры) и 129 мужчин (отцы и родные братья). Собраны сведения о родственниках второй и третьей степени родства, страдающих психическими заболеваниями (50 чел.) или обладающих особенностями личности, доходящими до степени акцентуации (шизоидный, параноидный, возбудимый, истерический типы) (Ганнушкин П. Б., 1933) всего 72 человека.



Рис. 10. Распространенность психических заболеваний в семьях исследуемого контингента

Представленный материал (рис. 10) показывает высокую распространенность психических заболеваний в семьях. Только в 12 семьях (11,0 %) не было родственников с психическими расстройствами. Преобладали семьи, отягощенные психическими заболеваниями среди родственников. Так, среди родителей и сибсов та-

ких 51 человек, по линии матери – 27, по линии отца – 23 родственника. Всего в результате анализа выявлен 101 родственник, страдающий психическими заболеваниями (табл. 16, 17, 18).

Установлено, что расстройства эндогенного спектра (шизофрения, шизотипическое и шизоидное расстройства, детский аутизм) зафиксированы у 52 родственников (51,5%). Исследование клинических форм психических заболеваний в родительских семьях больных показало, что количество родственников с такими заболеваниями, как шизофрения, шизоидное и шизотипическое расстройства и детский аутизм, составило 32,7 % (33 чел. из 101 родственника с психопатологической патологией) (табл. 16). Не выявлено достоверной разницы в преобладании психических заболеваний у матерей и отцов исследуемого контингента.

Таблица 16 Анализ клинических форм психических заболеваний в родительских семьях

Степень		Диагноз						
родства	Шизофре-	Детский	Шизотип.	Шизоид.	Рекур.	Алкого-	Всего	
	ния	аутизм	р-во	р-во	депрес.	лизм		
		-			р-во			
Отец	7 (28 %)	1	6 (24 %)	5 (20 %)	-	7 (28 %)	25 100 %	
Мать	5 (27,7 %)	-	2 (11 %)	-	7 (38,8 %)	4 (22 %)	18 100 %	
Сибс	4 (50 %)	2 (25,0 %)	1 (12,5 %)	1 (12,5 %)	-	-	8 100 %	

Выявлено, что сибсы страдают психическими заболеваниями с высокой степенью достоверности реже, чем отцы (p<0,001), и достоверно реже (p<0,01), чем матери.

Предпринята попытка выделить и отдельно проанализировать отягощенность заболеваниями эндогенного спектра в родительских семьях. Данные таблицы 16 демонстрируют, что из 51 члена родительских семей, имеющих психическое заболевание, 33 (64 %) страдают заболеваниями эндогенного спектра, из них 18 отцов, 7 матерей и 8 сибсов. Анализ данных свидетельствует, что заболевания эндогенного спектра достоверно (p<0,05) преобладают у отцов исследуемого контингента по сравнению с матерями и сибсами.

Анализ распространенности психических расстройств среди родственников второй и третьей степеней родства пациентов с РАС выявил следующие закономерности (табл. 17).

Как свидетельствуют данные, родственники отцов чаще, чем родственники матерей, страдают такими заболеваниями, как шизофрения и алкоголизм. Среди заболевших достоверно преобладают родственники-мужчины – 78,2 % (p<0,001).

Таблица 17 Анализ клинических форм психических заболеваний у родственников отца

Степень	Диагноз						
родства	Шизофрения	Рекуррентное	Алкоголизм	Эпилепсия	Всего		
		депрессивное р-во					
Дед	2 (25,0 %)	1	6 (75,0 %)	ı	8 (100 %)		
Бабушка	1 (33,3 %)	2 (66,4 %)	-	-	3 (100 %)		
Дядя	9 (100 %)	-	-	1	9 (100 %)		
Тетка	1 (50 %)	-	1 (50 %)	-	2 (100 %)		
Племянник	-	-	-	1 (100 %)	1 (100 %)		

Количество лиц с заболеваниями эндогенного спектра среди родственников отца составило 56,5 % от общего числа. Анализ полученных данных показал, что число мужчин в прародительских семьях со стороны отца, страдающих заболеваниями эндогенного спектра, с высокой степенью достоверности выше, чем число женщин (p<0,001) (рис. 11).

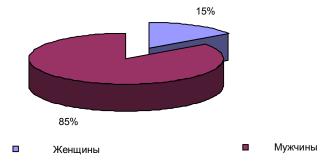


Рис. 11. Распространенность заболеваний эндогенного спектра в прародительских семьях со стороны отца

Таблица 18 Анализ клинических форм психических заболеваний у родственников матерей

Степень	Диагноз						
родства	Шизофре-	Рекур.	Алкоголизм	С-м	С-м	Всего	
	ния	депрес.		Жиля де ля	Дауна		
		р-во		Туретта			
Дед	4 (36,3 %)	ı	7 (63,6 %)	-	ı	11 (100 %)	
Бабушка	2 (22,2 %)	6 (66,6 %)	1 (11,1 %)	-	-	9 (100 %)	
Дядя	-	1 (33,3 %)	2 (66,6 %)	-	-	3 (100 %)	
Тетка	-	-	2 (100 %)	-	-	2 (100 %)	
Племянник	-	-	-	1 (50 %)	1 (50 %)	2 (100 %)_	

Как показал анализ распространенности психических заболеваний в семьях, среди родственников матерей преобладают алкоголизм и рекуррентное депрессивное расстройство (табл. 18). Среди заболевших родственников матерей нет достоверно подтвержденного преобладания мужчин или женщин.

Количество родственников с заболеваниями эндогенного спектра среди родственников матери составило 22,2 %, что достоверно (p<0,01) ниже, чем среди родственников с аналогичными заболеваниями в прародительских семьях со стороны отца (56,5 %). Не установлено достоверной разницы между больными мужского и женского пола среди родственников со стороны матери (табл. 18).

Таким образом, проведенный анализ показал наследственную отягощенность психическими заболеваниями в семьях исследуемого контингента и достоверное преобладание расстройств эндогенного спектра среди отцов и родственников в прародительских семьях со стороны отца по сравнению с числом психических заболеваний среди матерей и их родственников. Настоящие сведения могут служить подтверждением предположения, что психические заболевания эндогенного спектра, в том числе и РАС, в большинстве случаев имеют тенденцию к наследственной предрасположенности. На основании полученных данных можно сделать предположение, что мужской пол является фактором риска в возникновении РАС.

Влияние особенностей личности родителей и родственников на формирование расстройств аутистического спектра

В интересах исследования предпринята попытка оценки особенностей личности родителей и родственников больных РАС. Основой нашего изучения стала классификация П. Б. Ганнушкина (1933). Классификация построена на положениях об особенностях патологического характера, проявляющихся в сочетании определенных черт личности. Опираясь на настоящую классификацию, был разработан раздел в «Диагностической карте пациента», содержащий сведения об особенностях личности и поведения родителей и родственников больного (Приложение 2).

В таблице 19 показано, что среди родителей детей с РАС обнаружен высокий процент акцентуированных личностей. У отцов и матерей преобладает шизоидная акцентуация личности. Шизоидный тип личности характеризует людей эмоционально хо-

лодных, замкнутых, склонных к внутренней переработке своих переживаний, замкнутых даже в отношениях с близкими.

Таблица 19 **Особенности личности родителей детей с РАС**

Сте-	Тип личности						Всего
пень родства	Шзоидный	Шзоидный Парано- Истериче- Психасте- Возбуди- Без ак-					
родоли		идный	ский	нический	мый	центуации	
Отец	61 (60,3%)	12 (11,8%)	1 (0,9 %)	1 (0,9 %)	-	26 (25,7%)	101(100%)
Мать	29 (28,7%)	1(0,9 %)	23 (22,7%)	-	3 (2,9 %)	56 (55,4%)	101(100%)

Для таких людей свойственна эмоциональная дисгармония: сочетание повышенной впечатлительности, ранимости в отношении личных интересов и абсолютной холодности, безразличия в отношении чужих переживаний. Лицам с шизоидной акцентуацией присущи нестандартные, своеобразные увлечения (Ганнушкин П. Б., 1933). Шизоидные личности склонны к уединенному образу жизни, характеризуются оторванностью от реальности, эмоционально холодным отношением к близким. Они часто испытывают трудности коммуникации, обусловленные снижением эмпатии, а чувства и понимание эмоционального состояния окружающих нередко остаются недоступными для них. Им свойственны необычные интересы и увлечения. Часто занимаются творчеством или изобретательской деятельностью.

Процент лиц с шизоидным типом личности с высокой степенью достоверности выше среди отцов (p<0,001). Среди матерей пациентов отмечается значительное количество лиц, акцентуированных по истерическому типу (22,7 %). Лиц, не имеющих акцентуаций характера, с высокой степенью достоверности больше среди матерей, чем среди отцов (p<0,001).

Родственники больных были разделены на 2 группы – родственники из прародительских семей отца и родственники из прародительских семей матери. Согласно данным таблицы 19, среди родственников больных РАС, так же как и среди родителей исследуемого контингента, высоко количество акцентуированных личностей. Преобладает личностная акцентуация по шизоидному и истерическому типам (61,9 и 56,6 %).

С высокой степенью достоверности (p<0,001) среди родственников из прародительских семей отцов преобладают лица с шизоидной акцентуацией, тогда как среди родственников из прародительских семей матерей преобладают лица с истерической симптоматикой.

Таким образом, среди обследованных родителей и родственников второй и третьей степеней родства исследуемых пациентов был выявлен высокий процент лиц с заболеваниями эндогенного спектра и шизоидными чертами личности (табл. 19 и 20).

Таблица 20

Особенности личности родственников больных РАС

Степень	Тип личности							
родства	Шизоидный	Шизоидный Параноидный Возбудимый Истерический Всего						
Родственники	26 (61,9 %)	11 (26,1 %)	_	5 (11,9 %)	42 (100 %)			
отца								
Родственники	9 (30 %)	3 (10 %)	1 (3,3 %)	17 (56,6 %)	30 (100 %)			
матери				•				

Следует отметить, что преморбидные особенности лиц, заболевших шизофренией и другими расстройствами эндогенного спектра, часто были идентичны чертам, характерным для шизоидного личностного типа (Ганнушкин П. Б., 1964; Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф., 1991; Тиганов А. С., 1999; Zimmerman M., Coryell W., 1989; Shaw P., Lawrence E., Baron-Cohen S., David A. S., 2003; Baron-Cohen S., Wheelwright S., 2004).

Вероятно, личностные особенности, характерные для шизоидного типа, присутствующие у родителей и родственников, могут оказывать влияние на возникновение РАС у детей. Возможно, шизоидные черты личности могут служить преморбидным фоном и в сочетании с другими этиологическими факторами определять клиническую картину РАС.

На консультацию врача-генетика были направлены 27 чел. из исследуемого контингента. Из них 20 были проведены генетические анализы: 19 чел. обследованы цитогенетическим методом, 1 несовершеннолетний — молекулярно-генетическим. Исследование выявило, что нарушений кариотипа не установлено ни у 1 из 19 обследованных. Молекулярно-генетический анализ, проведенный 1 ребенку, выявил генетически обусловленную предрасположенность к нарушению обмена метионина, гомоцистеина, вызванную гомозиготной мутацией гена МТНFR (С677Т), Т/Т и гетерозиготной мутацией МТНFR А198С, что является фактором поражения ЦНС, эндотелия сосудов.

Так как генетические исследования проводились лишь у незначительной части исследуемого контингента, невозможно сделать однозначных выводов. Опираясь на данные последних разработок в области генетики психических заболеваний (Ворсанова С. Г., Юров И. Ю., Демидова И. А., Воинова-Улас В. Ю., Кравец В. С., Соловьев И. В., Горбачевская Н. Л., Юров Ю. Б., 2006; Ворсанова С. Г., Воинова В. Ю., Юров И. Ю., 2009; Simms M. L., Кетрет Т. L., Timble С. М., Ваитап М. L., Blatt G. J., 2009), правомерно выдвинуть предположение о необходимости проведения генетических исследований (цитогенетических, молекулярногенетических) всем пациентам с РАС и их родителям для более точной диагностики.

Исходя из результатов исследования, можно предположить, что личностные шизоидного особенности чаще встречаются у родственников пациентов с РАС по линии отца. Это предположение подтверждает тот факт, что среди отцов и родственников отцов лиц с шизоидной акцентуацией достоверно больше, чем среди матерей и родственников матерей с аналогичными чертами личности (р<0,001). Косвенным подтверждением служить тот факт, что мальчики заболевают чаще, чем девочки: по данным статистики, соотношение заболевших мальчиков и девочек 4:1. Можно предположить, что мужской пол является более уязвимым в плане РАС и может служить предрасполагающим фактором возникновения у потомков таких расстройств.

Влияние возраста родителей на формирование расстройств аутистического спектра у детей

По данным литературы, с увеличением возраста матери возрастает риск рождения детей с патологией развития (Баранов В. С., 1994; Кузнецова Т. Б., Баранов А. Н., Киселева Н. В. и др., 1997). Отечественные и зарубежные исследователи указывают, что возраст отца на момент зачатия ребенка тоже имеет значение. Так, риск формирования у потомства врожденной и наследственной патологии напрямую коррелирует с возрастом обоих родителей (Udipi S. A., Ghugre P., Antony U., 2000).

В ходе исследования нами был проанализирован возраст родителей на момент рождения ребенка с РАС. За основу была принята возрастная классификация Д. Бромлея (Bromley D., 1966), согласно которой выделяют 5 циклов развития человека: внутриутробный, детство, юность, взрослость, старость. В соответствии с задачами исследования интерес представляли циклы «юность» и «взрослость», которые, в свою очередь, делились на ряд периодов. Цикл «юность» включал две стадии: старшее школьное детство – от 11 до 15 лет и поздняя юность – от 15 до

21 года. В цикл «взрослость» вошли 3 стадии: ранняя взрослость – от 21 до 25 лет, средняя взрослость – от 25 до 40 лет и стадия поздней взрослости – от 40 до 55 лет (табл. 21).

Таблица 21 Оценка возраста родителей на момент рождения ребенка с РАС

Возраст родителей	15—21 лет	21—25 лет	25—40 лет	40—55 лет	Всего
Отцы	-	40 (39,6 %)	36 (35,6 %)	25 (24,7 %)	101 (100 %)
Матери	-	21 (20,7 %)	72 (71,2 %)	8 (7,9 %)	101 (100 %)

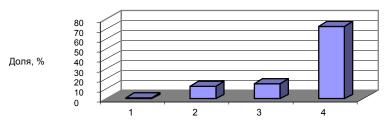
Как демонстрирует табличный материал, большинство отцов на момент рождения ребенка с РАС относились к группам средней и поздней взрослости (35,6 и 24,7 %). Различия между экстенсивными показателями этих групп и группой ранней взрослости высоко достоверны p<0,001. Большинство матерей исследуемого контингента на момент рождения ребенка относились к возрастной группе средней взрослости (71,2 %), что с высокой степенью достоверности (p<0,001) превышает число матерей, относившихся к возрастным группам ранней и поздней взрослости.

Таким образом, очевидно, что большинство детей родились от родителей, чей возраст в момент рождения превышал 25 лет. При этом установлено, что в 38 семьях, где родителям на момент рождения ребенка с РАС было более 25 лет, уже имелись здоровые старшие дети. Проведенный анализ показывает, что при условии наличия наследственной предрасположенности к психическим заболеваниям предрасполагающим фактором к развитию у потомства РАС может быть определенный возраст родителей при рождении детей.

4.3. Микросоциальные факторы формирования расстройств аутистического спектра

Анализ образования и трудового статуса родителей детей с расстройствами аутистического спектра

Нами проведен анализ образовательного уровня родителей детей с РАС и исследование их профессиональной сферы. В интересах исследования отдельно проанализированы образовательный уровень и профессиональная принадлежность отцов и матерей.



1 – начальное (1 чел.), 2 – среднее (13 чел.), 3 – среднеспециальное (15 чел.), 4 – высшее (72 чел.)

Рис. 12. Образовательный уровень отцов детей с РАС

Как показано на рисунке 12, большинство отцов исследуемого контингента имеет высшее образование — 72 чел. (71,2 %). Эти данные статистически высоко достоверны (p<0,001). Высшее образование в области физики и математики получил 51 отец (50,4 %), гуманитарное образование — 7 (6,9 %), в других областях высшее образование имеют 6 отцов (5,9 %). Среднеспециальное образование получили 15 отцов (14,8 %). Из них 13 - 8 технической области (12,8 %). У 13 (12,8 %) отцов зарегистрировано среднее образование; у 1 - начальное (0,9 %) (табл. 22).

Таблица 22 Сфера деятельности от цов детей с РАС

Сфера	Математи-	Гуманитар-	Военная	Неквали-	He	Всего
деятель-	ка Физика	ная сфера	служба	фицирован-	работают	
ности				ный труд		
Число	64 (63,3 %)	9 (8,9 %)	4 (3,9 %)	11 (10,8 %)	13 (12,8 %)	101 (100 %)
человек						

Как демонстрирует табличный материал, сфера деятельности отцов исследуемого контингента преимущественно распространяется на область математики, физики и программирования (63,3 %), что достоверно чаще в сравнении с другими видами трудовой деятельности (p<0,001). Более детальное изучение группы отцов, профессионально задействованных в сфере математики, физики и программирования, показало, что научной работой занимаются 24 человека, имеют профессию и работают в данной сфере 40 отцов.

Таким образом, показано, что среди отцов детей, страдающих РАС, количество лиц с высшим физико-математическим образованием и работающих в области физики, математики и програм-

мирования, оказалось достоверно выше, чем число лиц, имеющих образование и профессию в других областях. Они имеют такие личностные особенности, как рациональность, склонность к точным наукам, способность к математическому анализу, обладают высокими интеллектуальными возможностями, при получении специальности выбирают профессии в сфере точных технологий, математики и физики.

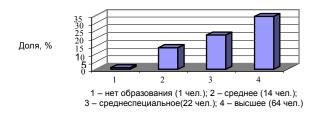


Рис. 13. Образовательный уровень матерей детей с РАС

Анализ образовательного уровня и сферы деятельности матерей исследуемого контингента показал преобладание среди них лиц, имеющих высшее образование - 64 матери (63,3 %) (p<0,05) (рис. 13).

Высшее образование в области физики и математики получили 32 матери, в области гуманитарных наук — 32 (31,6 и 31,6 %). Среднеспециальное образование получили 22 матери (21,7 %), из них в технической сфере — 12 (11,8 %), в других областях — 10 (9,9 %). Среднее образование имели 14 матерей (13,8 %). 1 мать не имела даже начального образования (0,9 %) — является переселенкой из Средней Азии (табл. 23).

Та́блица 23 Сфера деятельности матерей детей с РАС

Сфера	Математика	Гуманитар-	Неквалифи-	Не работа-	Всего
деятель-	Физика	ная сфера	цированный	ЮТ	
ности	Программирование		труд		
Число	14 (13,8 %)	42 (41,5 %)	16 (15,8 %)	29 (28,7 %)	101 (100 %)
человек					

Как следует из таблицы 23, число матерей, профессионально занятых в гуманитарной сфере, значительно превышает количество матерей, работающих в области математики, физики или программирования, так же как и число матерей, занятых неква-

лифицированным трудом (p<0,001). Обращает на себя внимание большой процент (28,7 %) неработающих матерей. Более детальное изучение показало, что в основном матери не имеют возможности работать, так как вынуждены осуществлять уход за больным ребенком. Очевидно, что среди матерей детей с РАС преобладают женщины с высшим образованием, отдающие предпочтение деятельности в сфере гуманитарных наук.

Анализ структуры семей больных расстройствами аутистического спектра

Проанализирована структура семей исследуемого контингента на основе их состава. Полными признавались семьи, имеющие обоих родителей, неполными считались семьи, где ребенка воспитывает 1 из родителей.

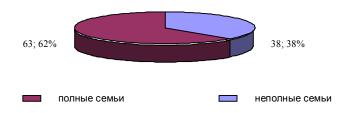


Рис. 14. Состав семей больных РАС

Как демонстрирует рисунок 14, преобладали полные семьи (62,3 %, p<0,001). Состав неполных семей разделился следующим образом: 37 (97,3 %) семей состояло из одиноких матерей, воспитывающих детей, и 1 семья состояла из одинокого отца и ребенка.

Исследование включало изучение психологической обстановки в семьях больных РАС как фактора, влияющего на динамику процесса. Следует отметить, что наличие у ребенка хронического психического заболевания уже само по себе является фактором депривации для родителей, служит источником стресса для членов семьи. Происходит постепенное «моральное выгорание» родителей, что нередко приводит к созданию неблагоприятной психологической обстановки в семьях или служит причиной развода.

В нашем исследовании критериями благоприятного психологического климата являлись минимальная конфликтность в семьях, отсутствие у родителей и лиц, проживающих с ребенком, алкогольной, наркотической и других зависимостей, неприятие родителями физического наказания детей, наличие у членов семьи общих интересов, увлечений. Особо принималось во внимание теплое дружеское отношение к ребенку, понимание и психологическое принятие членами семьи его заболевания. В семьях на первое место ставили благополучие детей, в том числе и больного ребенка. Здоровые сибсы (братья-сестры) и родственники семьи мотивировались родителями больных детей на доброжелательное отношение к ребенку с РАС, терпимое отношение к проявлениям его заболевания. Члены семей характеризовались как доброжелательные, хорошо контролирующие проявление эмоций, способные к проявлению эмпатии по отношению к близким. Важным критерием проявления благоприятного психологического климата являлось чувство ответственности перед членами семьи, желание помогать, оберегать, опекать.

Неблагоприятная психологическая обстановка характеризовалась частыми конфликтами в семье, алкоголизацией и употреблением наркотиков членами семьи, психологическим неприятием ребенка с РАС, непониманием его облегченного состояния, отвержением ребенка. В семьях с неблагоприятной психологической обстановкой члены семей отличались частым проявлением таких чувств, как раздражительность, агрессия, гнев. При этом в семьях отсутствовали совместные интересы и увлечения, больной ребенок воспринимался её членами как обуза, тяжелое жизненное испытание. По отношению к другим членам семьи часто отсутствовало чувство ответственности, эмпатии, дружбы, желания морально поддержать близких. Члены семей были разрознены, каждый жил своими интересами. Потребности детей не являлись приоритетными, родители не проявляли заботы о ребенке, дети находились в ситуации хронической психологической депривации.

В соответствии с задачами исследования семьи, имеющие больного РАС, были разделены на следующие группы: полные семьи с благоприятной психологической обстановкой, неполные семьи с благоприятной психологической обстановкой, полные семьи с неблагоприятной психологической обстановкой, неполные семьи с неблагоприятной психологической обстановкой. Как видно из таблицы 24, в группу полных семей с благоприятной

психологической обстановкой вошло 40 семей (39,6 %). Число больных с тяжелыми и легкими и умеренными проявлениями РАС распределилось в них практически одинаково (достоверной разницы между этими показателями не обнаружено). Не установлено достоверной разницы между числом больных с положительной и отрицательной динамикой в настоящих семьях.

Таблица 24 Анализ полных семей с благоприятной психологической обстановкой

Динамика РАС	Пациенты с тяже-	Пациенты с легким и	Всего
	лым аутизмом умеренным аутизмом		
	23 (57,5 %)	17 (42,5 %)	40 (100 %)
Положительная	9 (22,5 %)	10 (25,0 %)	19 (47,5 %)
Отрицательная	14 (35 %)	7 (7,5 %)	21 (52,5 %)

Анализ неполных семей с благоприятной психологической обстановкой (16 – 15,8 %) показал ситуацию, аналогичную таковой в полных семьях с благоприятной психологической обстановкой (табл. 25).

Таблица 25 Анализ неполных семей с благоприятной психологической обстановкой

Динамика РАС	Пациенты с тяжелым	Пациенты с легким и	Всего
	аутизмом	умеренным аутизмом	
	8 (50 %)	8 (50 %)	16 (100 %)
Положительная	3 (18,7 %)	4 (25,0 %)	7 (43,7 %)
Отрицательная	7 (43,7 %)	2 (12,5 %)	9(56,2 %)

Показатели числа больных с тяжелым и умеренным течением аутизма не имеют между собой достоверной разницы и распределились одинаково: 50,0 % — с тяжелыми формами, 50,0 % — с легкими и умеренными. При этом показатели больных с положительной и отрицательной динамикой не имеют между собой достоверной разницы (43,7 и 56,2 %).

Как видно из таблицы 26, в 21 полной семье с неблагополучной психологической обстановкой проживают 10 больных с тяжелым аутизмом, 11 — с легкими и умеренными формами (47,6 и 52,3 %). Достоверной количественной разницы между этими показателями не обнаружено. Положительная динамика зафиксирована только в случаях легкого или умеренного течения РАС. Число больных с отрицательной динамикой существенно превосходит количество пациентов с положительной динамикой; эти данные высоко достоверны (р<0,001).

Таблица 26 Анализ полных семей с неблагоприятной психологической обстановкой

Динамика РАС	Пациенты с тяжелым	Пациенты с легким	Всего
	аутизмом	и умеренным аутизмом	
	10 (47,6 %)	11 (52,3)	21 (100 %)
Положительная	-	4 (19 %)	4 (19 %)
Отрицательная	13 (61,9 %)	4 (19 %)	17 (80,9 %)

В группу неполных семей с неблагоприятной психологической обстановкой вошли 24 семьи (табл. 27). В них проживали 10 больных с тяжелым течением РАС, 14 пациентов с легким и умеренным (41,6 и 58,3 %), достоверной разницы между этими показателями не обнаружено. Положительная динамика выявлена в 2 случаях умеренного течения аутизма. Не зафиксировано положительной динамики у больных с тяжелым течением аутизма. Обнаружена высокая достоверность (р<0,001) преобладания больных с отрицательной динамикой среди пациентов настоящей группы.

Таблица 27 Анализ неполных семей с неблагоприятной психологической обстановкой

Динамика РАС	Пациенты с тяже-	Пациенты с легким	Всего
	лым аутизмом	и умеренным аутизмом	
	10 (41,6 %)	14 (58,3 %)	24 (100 %)
Положительная	-	2 (8,3 %)	2 (8,3 %)
Отрицательная	18 (75,0 %)	4 (18 %)	22 (91,6 %)

Таким образом, при равномерном распределении больных с тяжелыми и умеренными формами РАС среди 4 групп отмечается практически одинаковое число больных с отрицательной динамикой в семьях с благоприятной психологической обстановкой и в семьях с неблагополучной психологической обстановкой. Достоверной разницы между данными показателями не установлено.

Определена степень корреляции психологической обстановки в семьях с динамикой заболевания пациента (табл. 28). Анализ больных с положительной динамикой выявил следующую закономерность: в семьях с благоприятной психологической обстановкой с высокой степенью достоверности больше (p<0,001) больных с положительной динамикой, в том числе и в случаях тяжелого течения РАС. В семьях с неблагоприятной психологической обстановкой не отмечалось случаев положительной динамики у больных с тяжелым течением аутизма. Психологиче-

ская обстановка в семьях играет существенную роль во влиянии на динамику заболевания. Наибольшее количество больных с отрицательной динамикой (91,0 %) установлено в группе неполных семей с неблагоприятной психологической обстановкой (табл. 28).

Таблица 28 Корреляция динамики РАС с психологической обстановкой в семьях

Моральная обстановка	Пациенты с положительной	Пациенты с отрицательной
в семьях	динамикой	динамикой
Благоприятная	26 (81,2 %)	30 (43,4 %)
Неблагоприятная	6 (18,7 %)	39 (56,5 %)
Bcero	32 (100 %)	69 (100 %)

Более детальное изучение этой группы семей показало, что в их общем составе 95,8 % одиноких матерей, воспитывающих больного ребенка. 1 семья (4,1 %) состояла из одинокого отца и ребенка-инвалида. Наиболее частой причиной недоброжелательной обстановки в таких случаях служат длительное воздействие таких стрессоров, как хроническое заболевание ребенка с серьезным прогнозом, отсутствие поддержки со стороны родственников и социальных служб, нехватка времени и материальных средств для содержания ребенка и проведения с ним полноценных коррекционных и реабилитационных мероприятий, переутомление матери. В полных семьях причиной недоброжелательной обстановки наиболее часто служат напряженные отношения между супругами, алкоголизация одного или обоих родителей, низкий материальный уровень, отсутствие социальной поддержки, безработица.

Эти данные свидетельствуют о необходимости создания федеральных социальных программ для поддержки родителей детей-инвалидов, в том числе родителей детей с РАС; особое внимание следует обратить на неполные семьи.

Анализ материального уровня семей больных расстройствами аутистического спектра

В интересах исследования семьи пациентов были разделены на следующие группы: с высоким материальным уровнем, со средним уровнем материального достатка, с низким материальным уровнем.

Критериями оценки низкого материального уровня семей в нашем исследовании стали отсутствие у родителей работы,

отсутствие у семьи собственного отдельного жилья, доход, не превышающий прожиточный минимум на каждого члена семьи, признание семьи малоимущей и получение социальных пособий, невозможность получать платные услуги (лечение, образование и др.). Критериями оценки среднего материального уровня семей являлись наличие у родителей постоянной работы, стабильного дохода (выше прожиточного минимума на каждого члена семьи), наличие у семьи собственного жилья, возможность оплачивать лечение и образование детей. Признаками высокого материального уровня являлись наличие постоянной работы или собственного бизнеса, приносящего высокий доход, наличие недвижимого имущества, кроме необходимого для семьи жилья, возможность получать платные услуги (в том числе медицинские и образовательные) за рубежом, возможность нанимать обслуживающий персонал. Учитывалась материальная возможность привлечения высококвалифицированных специалистов для индивидуальной коррекционной и реабилитационной работы с больным ребенком. Принималась во внимание и субъективная оценка членами семей их материального положения.

Большую часть семей представляли семьи со средним материальным уровнем (48,5 %). Семьи с низким материальным уровнем достоверно преобладали над семьями с высоким материальным уровнем (p<0,01) (рис. 15).



Рис. 15. Материальный уровень семей детей с РАС

К группе семей с низким материальным уровнем в большинстве относились семьи, состоящие из одинокой матери и больного ребенка, в которых мать из-за того, что вынуждена осуществлять уход за ребенком, не имеет возможности работать.

Проведен анализ динамики РАС у детей, проживающих в семьях с разным достатком, дана оценка корреляции материального уровня и динамики РАС (табл. 29).

Таблица 29 Корреляция динамики РАС у детей с материальным положением семьи

Материаль	ный уровень	Степень тяжести		Динамика	
Высокий	19 (100 %)	Тяжелое те-	Легкое и умерен-	Положи-	Отрица-
		чение	ное течение	тельная	тельная
		11(57,8 %)	8 (42,1 %)	10 (52,3 %)	9 (47,3 %)
Средний	49 (100 %)	28 (57,1 %)	21 (42,8 %)	17 (34,6 %)	31 (63,2 %)
Низкий	33 (100 %)	13 (39,3 %)	20 (60,6 %)	5 (15,1 %)	29 (87,8 %)
Всего	101 (100 %)	52 (100 %)	49 (100 %)	32 (100 %)	69 (100 %)

В группу с высоким материальным уровнем вошло 19 семей (18,8 %), в том числе 11 больных с тяжелым течением аутизма, с легким и умеренным — 8 (57,8 и 42,1 %). Изучение динамики заболевания показало наличие положительной динамики в 10 случаях, отрицательной динамики — в 9 (52,3 и 47,3 %). Семей со средним материальным уровнем выявлено 49 (48,5 %); в них пациентов с тяжелыми формами PAC — 28 (57,1 %), с умеренными и легкими — 21 (42,8 %). Положительная динамика была отмечена в 17 (34,6 %) случаях, отрицательная — в 32 (65,3 %). Семей с низким материальным уровнем в исследование вошло 33 (32,6 %), в них больных с тяжелым течением аутизма — 13 (39,3 %), с легким и умеренным — 20 (60,6 %). Положительная динамика наблюдалась у 4 (12,1 %), отрицательная — у 29 (87,8 %).

В результате проведенного анализа выявлено, что процентное соотношение детей с тяжелым, умеренным и легким течением аутизма одинаково во всех 3 группах (между ними нет достоверной разницы). Однако число больных с положительной динамикой достоверно выше (p<0,001) в семьях с высоким уровнем материального достатка.

Опрос родителей всех 3 групп показал, что в группе с низким материальным уровнем родители не имеют средств для оплаты консультаций специалистов и проведения длительных коррекционных мероприятий. Все малообеспеченные семьи проживают в стесненных жилищных условиях. Ребенок в такой семье, как правило, лишен возможности иметь собственную комнату, достаточное количество развивающих игр и книг. Приоритетными для родителей в таких семьях являются бытовые проблемы, родители не владеют достаточной информацией о заболевании ребенка и возможностях коррекции, не уделяют достаточно внимания коррекционным и развивающим занятиям с ребенком.

При опросе родителей из семей, имеющих средний материальный уровень, выявлены следующие закономерности: в семьях выделяется достаточно средств на лечение и проведение коррекционных занятий с ребенком. В большинстве семей больной ребенок имеет свою комнату, у него достаточное количество развивающих игр и книг. Родители этой группы информированы о заболевании ребенка и возможностях коррекции, но времени для самостоятельных коррекционных занятий уделяется незначительно. Большое количество времени уделяется работе и обеспечению семьи необходимыми материальными благами. Зачастую в силу загруженности у них нет возможности регулярно привозить ребенка на занятия в коррекционные центры.

Опрос родителей из группы семей с высоким материальным уровнем показал, что у них имеется максимум материальных возможностей для консультирования ребенка у различных специалистов, применения современных коррекционных методов. Родители этой группы хорошо осведомлены об особенностях заболевания ребенка и возможностях коррекции. Один из членов таких семей (чаще мать) не работает, имеет наемных помощников по содержанию хозяйства, что позволяет освободить время для занятий с ребенком. Практически у всех детей есть няня. Наличие свободного от бытовых обязанностей времени позволяет уделять больше внимания изучению специальной литературы, ориентированной на родительскую работу по коррекции РАС, обучающие занятия со специалистами. Хорошая материальная база позволяет приобретать интересующую литературу, проводить курсы лечения в центрах, занимающихся проблемами аутизма в других городах и за рубежом, оплачивать услуги специалистов, занимающихся с ребенком на дому.

Таким образом, приведенные данные показывают необходимость повышения материального уровня семей, воспитывающих ребенка с аутистическими нарушениями, развития и внедрения социальных программ, рассчитанных на поддержку таких семей.

Анализ действия фактора пребывания детей с РАС в коллективе здоровых сверстников

Исследование фактора пребывания в коллективе здоровых сверстников показало, что из 101 пациента, вошедшего в исследование, регулярное и длительное (более 5 лет) общение со здоровыми сверстниками имел 51 чел. (50,4 %). Среди них положи-

тельная динамика отмечена у 28 больных, отрицательная – у 23. С целью выявления оптимальной для формирования положительной динамики среды исследована психологическая обстановка в детских коллективах, в которых находились пациенты.

К признакам благоприятной психологической обстановки в коллективе были отнесены следующие: коллектив находится под достаточным контролем доброжелательно настроенного взрослого, дети относятся к друг другу с пониманием и симпатией, терпимы к недостаткам и особенностям других. Детей объединяют общие интересы и увлечения, регулярно проявляются попытки общения с больным, вовлечения его в совместную деятельность. В таком коллективе ребенок не испытывает психо-эмоционального напряжения, связанного с опасностью от агрессивного поведения других детей, чувствует контроль и защиту со стороны взрослого.

Характеризовали психологический климат в детском коллективе как неблагоприятный такие признаки, как нахождение под контролем недоброжелательно настроенного взрослого или недостаточный контроль взрослого, агрессия детей друг к другу или к больному ребенку, нахождение его на положении «изгоя», отстраненность детского коллектива от пациента.

Среди пациентов, находившихся в коллективе с доброжелательной психологической обстановкой, положительная динамика наблюдалась у 74,1 %, отрицательная — у 25,8 %. Число больных с положительной динамикой в группе с неблагоприятной психологической обстановкой достоверно (p<0,05) составило 25,0 %. Отрицательная динамика в группе с неблагоприятной психологической обстановкой достоверно (p<0,05) превышала таковую в группе с доброжелательным психологическим климатом (табл. 30).

Таблица 30 Корреляция динамики РАС с психологической обстановкой в коллективе здоровых сверстников

Динамика	Психологическая обстановка			
	Благоприятная Неблагоприятная			
Положительная	23 (74,1 %)	5 (25,0 %)		
Отрицательная	8 (25,8 %)	15 (75,0 %)		
Всего	31 (100 %)	20 (100 %)		

Настоящее наблюдение показало, что не только факт регулярного и длительного общения со здоровыми сверстниками влияет на динамику процесса, большое значение имеют отношение к больному и психологическая обстановка в коллективе

в целом. Таким образом, становится очевидной необходимость пребывания ребенка с РАС в коллективе здоровых сверстников с психологически благоприятной обстановкой и доброжелательным отношением к больному как важного фактора, позитивно влияющего на прогноз. Не меньшее значение имеет длительность общения ребенка с доброжелательно настроенными к нему сверстниками. Только в случае длительного, многолетнего пребывания в коллективе здоровых сверстников с благоприятной обстановкой у ребенка могут сформироваться правильные копинг-стратегии и стереотипы общения и поведения в социуме.

Анализ стрессовых факторов, оказавших влияние на формирование расстройств аутистического спектра

Часть пациентов перед первыми замеченными родственниками клиническими проявлениями заболевания подвергалась воздействию стрессорных факторов. Родители отмечали непосредственную временную связь между воздействием стрессора и возникновением первых признаков заболевания. В рамках исследования анализировались стрессовые факторы, воздействовавшие на больных непосредственно перед обнаружением у них отчетливых признаков РАС. Изучалось влияние стрессоров в период 3 месяцев перед началом заболевания. Обязательным условием для включения стрессового фактора в исследование являлось подтверждение родителями и родственниками больного непосредственной связи между воздействием стрессора и началом РАС, реакция пациента на него как на чрезмерный и фиксация настоящего факта в медицинской документации.

Воздействующие стрессоры были разделены на биологические и психологические. В группу биологических стрессоров вошли: получение ЧМТ (ЧМТ), перенесенная нейроинфекция и заболевание головного мозга (арахноидит и энцефалит), оперативные вмешательства под общим наркозом, постановка прививки АКДС. К группе психологических стрессоров отнесены: развод родителей, рождение сибса, перенесенный сильный испуг, сепарация от родителей.

Как следует из данных таблицы 31, воздействию стрессовых факторов непосредственно перед заболеванием подверглись 28,7 % исследуемых. Доля биологических факторов составила 62,0 % (18 чел.), психологических факторов – 37,9 % (11 чел.).

Таблица 31 Корреляция тяжести РАС у детей с воздействием стрессора

Вид стрессора		Степень тяжести РАС		
		Тяжелый аутизм Умеренный и легкий аут		
Биологический	18 (62 %)	15 (83,3 %)	3 (16,6 %)	
Психологический	11 (37,9 %)	2 (18,1 %)	9 (81,8 %)	
Всего	29 (100 %)	18 (100 %)	11 (100 %)	

Внутри групп стрессоры распределились следующим образом. Среди биологических стрессоров получение ЧМТ зафиксировано у 6 пациентов, 4 детей проявили симптомы аутизма после перенесенных инфекционных заболеваний с высокой температурой (более 40°С), нейроинфекция – у 3, 1 пациент подвергся оперативному вмешательству с длительным воздействием общего наркоза, у 4 больных симптомы заболевания проявились после перенесенной с осложнениями прививки АКДС (судороги, температура более 40°С, аллергическая сыпь).

В группе психологических стрессоров развод родителей, тяжело перенесенный ребенком, установлен в 4 случаях, выраженное негативное отношение к рождению сибса проявили 3 детей, испытали сильный испут 4 несовершеннолетних.

Проведена оценка тяжести РАС среди больных, подвергшихся влиянию стрессоров. Из 18 чел. в группе влияния биологических стрессоров тяжелым аутизмом страдают 15 чел., легким и умеренным — 3 (83,3 и 16,6 %). Анализ настоящих данных показал, что больных с тяжелыми проявлениями аутизма достоверно выше (p<0,01) в группе пациентов, подвергшихся влиянию биологических стрессоров, чем в группе больных, испытавших воздействие психологических стрессовых факторов.

Таким образом, можно предположить, что в формировании РАС у части больных (28,7 %) провоцирующим фактором могло служить воздействие психологического или биологического стрессора. На тяжесть РАС вероятное влияние оказывают биологические стрессовые факторы, играющие важную роль в органическом поражении головного мозга.

4.4. Смена диагноза у взрослых больных расстройствами аутистического спектра

Принимая во внимание тот факт, что в соответствии с МКБ-10 РАС классифицируются в разделе F80—F89 «Расстройства пси-

хологического (психического) развития» и относятся к детскому возрасту и то, что аутизм в классификации болезней назван детским, то по достижении больным 15—18 лет в отечественной психиатрии принята смена диагноза на диагноз из другого раздела МКБ-10, более соответствующий возрасту пациента. В отечественной психиатрии не существует диагностических критериев, позволяющих выставлять диагноз аутизма взрослым пациентам.

Результаты проведенного исследования показали, что на динамику РАС существенное влияние оказывают такие биологические факторы, как отягощенность акушерского анамнеза у матери. присутствие и степень тяжести неврологической патологии. В группе конституциональных факторов решающее значение имеет наличие в семьях родственников с заболеваниями эндогенного спектра, в том числе с шизоидными особенностями личности. Среди микросоциальных факторов важное значение имеют проведение своевременной психолого-педагогической коррекции и психотерапевтической реабилитации, воспитание больного в полной семье с доброжелательной психологической обстановкой, пребывание в коллективе здоровых сверстников и своевременная постановка правильного диагноза. Закономерно будет предположить, что на перевод больного в диагностические группы заболеваний с более благоприятным прогнозом (таких как шизоидное и шизотипическое расстройства) или, напротив, в группы заболеваний с неблагоприятным или сомнительным прогнозом (шизофрения, умственная отсталость) оказывают воздействие биологические, конституциональные и социально-психологические факторы. В рамках исследования проанализированы конституционально-биологические и микросоциальные факторы, влияющие на перевод больных в ту или иную диагностическую группу.

Динамика перевода больных с синдромом Аспергера в другие диагностические группы

Анализ данных о 10 больных с синдромом Аспергера, вошедших в исследование, выявил следующие закономерности. У 1 больного диагноз при достижении им 18-летнего возраста был изменен на диагноз резидуальной шизофрении, у 4 больных – на шизотипическое расстройство, у 5 — на шизоидное расстройство. Выявлено, что с высокой степенью достоверности преобладали больные, переведенные в диагностические группы шизоидного и шизотипического расстройств (р<0,001) (рис. 16).



Рис. 16. Динамика перевода больных с синдромом Аспергера в другие диагностические группы

Проанализированы конституционально-биологические и микросоциальные факторы, воздействовавшие на этих больных. Как следует из данных таблицы 32, на пациентов, которым диагноз синдром Аспергера был изменен на шизоидное и шизотипическое расстройства личности, оказывали влияние следующие факторы.

Таблица 32 Анализ факторов, повлиявших на перевод больных с синдромом Аспергера в диагностические группы шизоидного и шизотипического расстройств

Фактор	Число человек
Наследственная отягощенность заболеваниями эндогенного спектра	1 (9 %)
Присутствие шизоидных черт у родителей	9 (100 %)
Патология беременности у матери	7 (63 %)
Патология родов у матери	3 (27 %)
Патология ЦНС	4 (36 %)
Коррекция	4 (36 %)
Вовлеченность родителей в коррекцию	4 (36 %)
Полные семьи	7 (63 %)
Благоприятная психологическая обстановка в семьях	9 (100 %)
Пребывание в коллективе здоровых сверстников	9 (100 %)
Постановка диагноза в первый год	6 (54 %)
Bcero	9 (100 %)

Наследственная отягощенность заболеваниями эндогенного спектра установлена у 1 больного (9,0 %), шизоидными чертами личности обладали родители и родственники у всех 9 (100 %) исследуемых, патология беременности отмечалась у 7 матерей (63 %), причем у всех протекала в легкой и средней степени тяжести. Осложнения в родах отмечены у 3 матерей (27,0 %), у всех в легкой степени. Патология ЦНС зафиксирована у 4 пациентов (36,0 %), во всех случаях патология имела легкие проявления.

Коррекционные мероприятия проводились с 4 больными (36 %), в 3 случаях мероприятия носили регулярный характер и продолжались более 5 лет. В 1 случае коррекция проводилась регулярно, но сроком менее 5 лет. У всех 4 пациентов коррекционные мероприятия начинались до 7-летнего возраста. В 3 семьях родители были вовлечены в процесс коррекции. Семьи в 7 случаях были полными (63,0 %), моральная обстановка была благоприятной в 9 семьях (100 %). В коллективе здоровых сверстников регулярно пребывали все 9 исследуемых настоящей группы (100 %), но доброжелательная обстановка отмечалась в 7 детских коллективах (63,0 %). Диагноз РАС был установлен 6 (54 %) больным в первый год после обращения, 4 пациентам – в период от 2 до 4 лет после первого обращения. Заметно преобладание таких факторов, как наличие шизоидных черт у родственников, благоприятная психологическая обстановка в семьях. регулярное пребывание в коллективе здоровых сверстников (p<0.001). Достоверно преобладают лица без наследственной отягощенности заболеваниями эндогенного спектра (p<0,001).

Анализ анамнестических сведений о больном, переведенном в диагностическую группу шизофрении, показал, что наследственность была отягощена шизофренией по линии матери, отец и близкие родственники характеризовались шизоидными особенностями личности. Длительная и регулярная коррекция проводилась в данном случае с возраста старше 12 лет. Больной воспитывался в неполной семье со средним материальным уровнем и благоприятным моральным климатом. Диагноз РАС был установлен после 5 лет наблюдения у психиатра; до этого больной имел диагноз «Смешанное расстройство поведения и эмоций» (F92.0).

На перевод диагноза синдром Аспергера в диагностические группы шизоидного и шизотипического расстройств оказывают влияние такие факторы, как отсутствие наследственной отягощенности заболеваниями эндогенного спектра, осложнения акушерского анамнеза у матери легкой или средней степени тяжести, патология ЦНС легкой степени. Важными являются факторы воспитания в полной семье с благоприятным психологическим климатом, длительная (более 5 лет) и регулярная коррекция, ранний возраст её начала, вовлеченность родителей в коррекционный процесс, пребывание в коллективе здоровых сверстников и доброжелательное отношение в коллективе к ребенку. Немаловажной представляется своевременная, в течение первого года после обращения, постановка диагноза РАС.

Динамика перевода больных детским аутизмом в другие диагностические группы

Анализ анамнестических данных о 26 больных, имевших до 18-летнего возраста диагноз детского аутизма, выявил ряд закономерностей (рис. 17). Обнаружено, что с высокой достоверностью (р<0,001) преобладали больные, переведенные в диагностическую группу шизофрении (77,0%). Диагноз изменен на шизотипическое расстройство у 5 пациентов (19,0%), на шизоидное расстройство личности – у 1 больного (4,0%).



Рис. 17. Динамика перевода больных детским аутизмом в другие диагностические группы

Таблица 33 Анализ факторов, повлиявших на перевод больных ранним аутизмом в диагностическую группу шизофрении

Фактор	Число человек
Наследственная отягощенность заболеваниями эндогенного спектра	13 (65 %)
Шизоидные особенности личности у родственников	20 (100 %)
Патология беременности у матери	16 (80 %)
Патология родов у матери	5 (25,0 %)
Неврологическая отягощенность	19 (95,0 %)
Коррекция медико-психолого-педагогическая	4 (20 %)
Полные семьи	9 (45 %)
Доброжелательная психологическая обстановка в семьях	5 (25,0 %)
Регулярное пребывание в коллективе здоровых сверстников	3 (15,0 %)
Вовлеченность родителей в коррекцию	1 (5 %)
Постановка диагноза в течение первого года после обращения	3 (15,0 %)
Bcero	20 (100 %)

Анализ данных таблицы 33 выявил преобладание действия таких факторов, как отягощенность заболеваниями эндогенного спектра (65,0 %), характерные для родителей и родственников шизоидные особенности личности (100 %), патология беременности у матери (80,0 %), присутствие неврологической патологии (95,0 %), эти данные были высоко статистически достоверны (p<0,001).

Роды были отягощены у 5 матерей (25,0 %), в 3 случаях патология имела тяжелое течение. Коррекционные мероприятия осуществлялись с 4 пациентами (20,0 %). В 3 случаях коррекция носила бессистемный характер с частыми и длительными перерывами, родители в процесс коррекции вовлечены были недостаточно. Начало коррекции у 1 больного происходило до 7летнего возраста, у 2 – после 10 лет. В 1 случае коррекция проводилась длительно, с раннего возраста, с полным вовлечением матери, но осуществлялась нетрадиционными методами. Из 20 семей 9 были полными (45,0 %). Доброжелательная моральная обстановка отмечалась в 5 случаях (25,0 %). Регулярное пребывание в коллективе здоровых сверстников присутствовало у 3 больных (15,0 %), в 1 случае обстановка в детском коллективе была доброжелательной. Постановка диагноза РАС в первый год после обращения осуществлена в 3 случаях. У 5 больных. переведенных после 18 лет из диагностической группы ДА в диагностическую группу шизоидного расстройства личности и 1 больного в группу шизотипического расстройства, выявлено действие конституционально-биологических и микросоциальных факторов (табл. 34).

Таблица 34 Анализ факторов, повлиявших на перевод диагноза РДА в диагностические группы шизоидного и шизотипического расстройств

Фактор	Число человек
Наследственная отягощенность шизоидными чертами личности	6 (100 %)
Патология ЦНС	2 (33,3 %)
Коррекция медико-психолого-педагогическая	6 (100 %)
Вовлеченность родителей в коррекцию	3 (50 %)
Полные семьи	4 (66,6 %)
Доброжелательная психологическая обстановка в семьях	6 (100 %)
Преобладание в коллективе здоровых сверстников	6 (100 %)
Постановка диагноза в первый год после обращения	3 (50 %)
Bcero	6 (100 %)

Анализ данных таблицы 34 показал, что наследственность не отягощена заболеваниями эндогенного спектра ни в одном слу-

чае из 6, шизоидные черты личности отмечены у родителей и близких родственников всех исследуемых (100 %), беременность не была отягощена ни у одной матери. Роды в 5 случаях прошли без патологии. Заболевания ЦНС диагностированы у 2 исследуемых (33,3 %), установлено, что настоящая патология протекает в легкой степени, интеллект не нарушен. Психологопедагогическая коррекция осуществлялась у всех 6 (100 %) исследуемых с раннего возраста (от 3 до 5 лет), регулярно и длительно (с частотой 2—3 раза в неделю, на протяжении не менее 5 лет). В проведении коррекционных мероприятий принимали участие несколько специалистов резного профиля. Как правило, больные имели возможность получать медицинскую и психологическую помощь одновременно в нескольких лечебнопрофилактических учреждениях. Родители 50,0 % пациентов были вовлечены в коррекционный процесс, в котором принимали активное участие. Состав 4 семей был полным (66.6 %), обстановка во всех 6 семьях носила доброжелательный характер (100 %). В коллективе здоровых сверстников длительно пребывали 100 % исследуемых, в 3 коллективах обстановка носила доброжелательный характер. Диагноз РАС в 3 (50,0 %) случаях поставлен в первый год после обращения, остальным 3 пациентам (50.0 %) верный диагноз был установлен в период от 2 до 3 лет после первого обращения к психиатру.

Таким образом, выражено преобладание таких факторов, как наличие шизоидных черт личности у родственников, своевременная коррекция, осуществляемая с больными, пребывание в коллективе здоровых сверстников, доброжелательная психологическая обстановка в семьях; все эти данные были высоко достоверны (p<0,001).

Динамика перевода больных с атипичным аутизмом в другие диагностические группы

В исследование вошло 6 пациентов, состоявших до 18-летнего возраста на учете с диагнозом атипичного аутизма.

На рисунке 18 показано, что ранний диагноз был изменен на диагноз шизофрении у 3 (50 %) больных, у 3 (50,0 %) пациентов – на диагноз умственной отсталости. Не было выявлено случаев перевода больных в диагностические группы заболеваний с более благоприятным прогнозом (табл. 35).

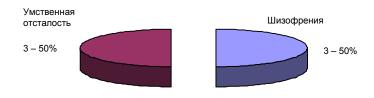


Рис. 18. Динамика перевода больных с атипичным аутизмом в другие диагностические группы

Анализ данных таблицы 35 показал, что у больных, которым был выставлен диагноз шизофрении, родственники страдали заболеваниями эндогенного спектра или характеризовались шизоидными чертами личности, патология беременности у матерей отмечена в 100 % случаев, присутствие патологии ЦНС выявлено в 100 % (p<0,01).

Таблица 35 Анализ факторов, действовавших на больных, переведенных в диагностическую группу шизофрении

Фактор	Число человек
Ψακτορ	
Наследственная отягощенность шизоидными чертами личности	3 (100 %)
Наследственная отягощенность заболеваниями эндогенного спектра	3 (100 %)
Патология беременности	3 (100 %)
Патология родов	1 (33,3 %)
Патология ЦНС	3 (100 %)
Полная семья	1 (33,3 %)
Доброжелательная психологическая обстановка в семьях	1 (33,3 %)
Bcero	3 (100 %)

Таким образом, основными факторами, способствовавшими утяжелению диагноза и неблагоприятно влияющими на прогноз, являются заболевание шизофренией родственников или присутствие у них черт личности, характерных для шизоидной акцентуации. Патология беременности у матери является вероятной причиной формирования патологии головного мозга и нарушения деятельности ЦНС, что утяжеляет прогноз (табл. 36).

Анализ приведенных в таблице 36 данных показал, что у больных, переведенных в диагностическую группу умственной отсталости, преобладало действие таких факторов, как присутствие у родственников шизоидных личностных особенностей,

патология беременности у матери, патология ЦНС. Коррекционные занятия с больными не проводились, психологическая обстановка в семьях была недоброжелательной, отсутствовало общение со здоровыми сверстниками.

Таблица 36 Анализ факторов, действовавших на больных, переведенных в диагностическую группу умственной отсталости

Фактор	Число человек
Наследственная отягощенность шизоидными чертами личности	3 (100 %)
Патология беременности	3 (100 %)
Патология родов	1 (33,3 %)
Патология ЦНС	3 (100 %)
Bcero	3 (100 %)

Диагноз шизотипического расстройства был выставлен в 2 случаях: в 1 случае оставлен без изменений, еще в 1 случае изменен на шизоидное расстройство личности. У данных больных наследственность психическими заболеваниями не была отягощена, родственники являлись носителями шизоидных черт в 2 случаях. Беременность и роды у матерей протекали без патологии. Неврологический анамнез больных не отягощен. Коррекционные мероприятия проводились с одним из пациентов, но носили нерегулярный характер с поздним началом (в возрасте старше 10 лет). 1 семья была полной, еще в 1 семье ребенка воспитывала мать, психологический климат в обеих семьях был благоприятным. Оба пациента регулярно находились в коллективах здоровых сверстников с благоприятной моральной обстановкой.

Таким образом, анализ динамики перевода больных в другие диагностические группы показал, что в большинстве больные с синдромом Аспергера переходят в диагностические группы шизоидного и шизотипического расстройств. У больных детским аутизмом диагноз в большинстве случаев менялся в последующем на диагноз шизофрении или умственной отсталости.

Анализ показал, что пациенты с изначально одинаковым диагнозом с течением времени могут переводиться в разные диагностические группы с более благоприятным или, напротив, более тяжелым прогнозом. На перевод больного в другую диагностическую группу могут влиять биологические, конституциональные и микросоциальные факторы.

Проведенный анализ влияния биологических, конституциональных и микросоциальных факторов на формирование, прогноз и тяжесть течения РАС позволил установить, что:

- большая часть матерей исследуемого контингента имела отягощенный акушерский анамнез, тяжесть патологии беременности напрямую коррелирует с тяжестью РАС;
- среди больных РАС высок процент пациентов с неврологической патологией. Тяжелое течение патологии ЦНС утяжеляет течение РАС. Основным повреждающим фактором при формировании поражений ЦНС является церебральная ишемия;
- сопутствующая патология у больных РАС характеризуется достоверным преобладанием заболеваний желудочно-кишечного тракта, которые являются дополнительным дезадаптирующим фактором;
- выявлена распространенность психопатологических расстройств в семьях больных: наследственность эндогенными заболеваниями чаще отягощена у отцов; среди родителей и родственников высоко число лиц с личностными акцентуациями; преобладают акцентуации по шизоидному типу у отцов и родственников-мужчин из прародительских семей отца;
- родители больных РАС в большинстве случаев на момент рождения ребенка были старше 25 лет. Большая часть родителей имеет высшее образование. Среди отцов преобладают имеющие высшее физико-математическое образование, работающие в сфере программирования, физики и математики. Преобладают полные семьи со средним материальным уровнем. Наиболее неблагоприятное течение заболевания установлено в неполных семьях с неблагополучной психологической обстановкой:
- регулярное и длительное пребывание больных в коллективе здоровых сверстников с благополучной психологической обстановкой позитивно отражается на динамике и прогнозе заболевания:
- провоцирующим фактором для возникновения РАС служат стрессоры биологической природы.

Глава 5

Даже простая расстановка вещей, наведенный порядок дают некоторое спокойствие, а создаваемая форма – счастье.

М. М. Пришвин

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В настоящее время все большее внимание уделяется повышению качества жизни населения, в том числе и лиц с психическими заболеваниями (Куприянова И. Е., 2010). В связи с отмечающимся в последнее десятилетие ростом РАС (Гилберт К., Питерс Т., 2002; Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. и др., 2005) вопрос о реабилитации больных приобретает все большее значение для отечественной психиатрии. В настоящее время РАС представляют серьёзную медико-социальную проблему.

Подходы к реабилитационному процессу эмоциональных, когнитивных, поведенческих нарушений до сих пор остаются противоречивыми и недостаточно разработанными. В отечественной психиатрии традиционным считался фармакологический подход в лечении больных аутизмом. Медикаментозная терапия включала назначение нейролептиков, антидепрессантов и ноотропных препаратов. В литературе все чаще приводятся данные о невысокой эффективности фармакотерапии (Козловская Г. В., Калинина М. А., 2003; Дробинская О. А., 2005) и о возрастающем значении психолого-педагогической коррекции (Спиваковская А. С., 2000; Веденина М. Ю., Костин И. А., 2003; Аршатская О. С., 2005; Пробылова В. С., 2005). Современные исследователи придают большое значение психолого-педагогическим мероприятиям в социализации больных с отклонениями в развитии, в том числе РАС (Мастюкова Е. Н., Московкина А. Г., 2003).

В настоящее время принято считать, что нарушения психического развития при аутизме носят первазивный характер и затрагивают все сферы психического и психологического развития. Характерной чертой РАС является их клиническая неоднородность, противоречивость проявлений. Именно первазивность проблемы диктует необходимость гибкого многофункционального подхода к реабилитации больных РАС. Наиболее эффективны коррекционные программы, разработанные на основе данных о факторах, оказывающих влияние на формирование, течение

и прогноз РАС. На основании изучения в течение 3 лет катамнестических данных о 101 пациенте с РАС проведена комплексная оценка реабилитации на разных этапах течения заболевания. Основой для оценки эффективности реабилитации служили клиническая динамика состояния и уровень социальной адаптации больного.

5.1. Структура психиатрической и психологопедагогической помощи больным расстройствами аутистического спектра в Новосибирске

В настоящее время в Новосибирске нет единого комплексного подхода к реабилитации больных РАС. Ряд учреждений, занимающихся реабилитацией психически больных, оказывает помощь больным РАС совместно с пациентами с другими нарушениями развития и представляет собой отдельные структуры. практически не обладающие преемственностью. Не существует специализированных центров, направленных на коррекционную работу именно при РАС. Больные РАС состоят на диспансерном учете в психоневрологических отделениях районных поликлиник и областного психоневрологического диспансера. В настоящих учреждениях квалифицированными специалистами проводятся первичная диагностика, определение клинической формы заболевание, осуществляется динамическое наблюдение врачапсихиатра, назначение медикаментозной коррекции. Осуществляется работа с психологом и психотерапевтом в индивидуальной и групповой формах. С детьми работает логопед. Следует отметить, что в этих учреждениях недостаточно интенсивно ведется работа с родителями больных, тогда как в реабилитационном процессе они играют немаловажную роль. Чаще всего родители информируются о диагнозе ребенка, получают информацию о медикаментозной коррекции и возможности оформления инвалидности. Не происходит вовлечения родителей в психолого-педагогическую реабилитацию, нет индивидуально для каждой семьи разработанных коррекционных программ.

Госпитальный этап реабилитации осуществляется в областной психиатрической больнице № 3 Новосибирска. Режим госпитализаций в зависимости от состояния больного может быть круглосуточного или дневного пребывания.

В Новосибирске существует ряд психолого-педагогических центров, специализирующихся на работе с детьми с наруше-

ниями развития, в том числе и с РАС. В Советском районе Новосибирска это центр им. Бороздина и медико-психолого-педагогический центр помощи инвалидам, организованный на базе комплексного центра социального обслуживания Советского района Новосибирска, педиатрическое отделение клиники Института физиологии СО РАМН. Учреждением образования, занимающимся обучением детей с нарушениями развития в Советском районе, является коррекционная школа VIII вида № 5.

В центре им. Бороздина с детьми работают специальные психологи, дефектологи, педагоги-психологи, логопеды, музыкальные работники. Основное направление деятельности центра — развитие детей через активизацию творческого потенциала. Занятия проводятся с детьми от 3 до 7 лет. Коррекция направлена на повышение адаптивных способностей, улучшение коммуникативных навыков, развитие речи и тонкой моторики. Используется сочетание индивидуальной и групповой коррекции.

Реабилитация проходит в 2 этапа. Первый этап — индивидуальные занятия с ребенком дважды в неделю, 3 занятия по 30 минут. Основные направления таких занятий — музыка, изобразительная деятельность, общее развитие ребенка. Второй этап реабилитации проходит в групповой форме. Детей объединяют в группы по 2—3 человека. Основным направлением второго этапа реабилитации является формирование школьных навыков и навыков социального взаимодействия. В центре не проводятся занятия с родителями. Родители взаимодействуют с педагогами и психологами недостаточно, контакт бывает только в момент прихода и ухода ребенка с занятия, в коррекционное взаимодействие не вовлекаются. Родительские собрания в Центре проходят дважды в год. Не осуществляется преемственность с участковой педиатрической и психиатрической службами, с органами социальной защиты.

В социальном медико-психологическом центре оказывается помощь несовершеннолетним от 3 до 18 лет. Реабилитация осуществляется 2-недельными курсами дважды в год. Пребывание в центре организовано по типу дневного стационара. Основное направление деятельности – общемедицинская, профилактическая помощь. Одновременно детей курируют педиатр и невролог. Проводятся курсы медикаментозной терапии, направленной на улучшение мозгового кровообращения, повышение иммунных сил организма.

Психолого-педагогическая коррекция в основном направлена на улучшение коммуникативных навыков, обучение приемам общения. Занятия проходят в групповой форме, используются методы игровой и арттерапии. Не проводится логопедическая работа, с детьми не работают клинический психолог и психотерапевт. Родители в настоящих учреждениях также не вовлекаются в процесс коррекции. Не существует преемственности с психиатрической и социальной службами.

В педиатрическом отделении клиники Института физиологии СО РАМН Новосибирска реабилитация больных РАС проводится в виде 2-недельных курсов в форме дневного или круглосуточного пребывания. Курсы пациенты проходят 2 раза в год. В состав специалистов отделения входят врачи-педиатры (а также кардиолог, гастроэнтеролог, эндокринолог, отоларинголог) — оценивают общее физическое состояние ребенка, а также невролог, врач-психотерапевт и клинический психолог. С детьми занимаются педагог-организатор, специалисты по творчеству, специалисты по нейропсихологической коррекции, врач-физиотерапевт, инструкторы ЛФК и массажисты. Терапия направлена на улучшение физического и психического состояния ребенка. В состав реабилитационного курса входит назначение медикаментозной терапии и психологической коррекции.

В области психологической реабилитации внимание уделяется нарушениям в сфере коммуникации, поведения, обучения. В коррекции настоящих проблем принимают участие врачпсихотерапевт, клинический психолог, специалисты по творчеству. Коррекция проходит в групповой и индивидуальной формах. Используются методы игровой терапии, арттерапии. Родители в коррекционный процесс не вовлекаются, информационная работа с родителями проводится в форме индивидуальных консультаций. Не существует взаимодействия с другими структурами, участвующими в процессе реабилитации.

В коррекционном процессе, проводимом при специализированной коррекционной школе для детей с отклонениями в психическом развитии, принимают участие педагог-психолог, логопед и дефектолог. Основной упор делается на развитие школьных навыков и преодоление поведенческих проблем. Занятия проводятся в групповой форме. Родители в коррекционный процесс не вовлекаются. Преемственность осуществляется только с участковой психиатрической службой.

С детьми, проходящими реабилитацию в детской психотерапевтической группе в диспансерном отделении МБУЗ КДП № 2 Новосибирска, работает врач психиатр-психотерапевт. Занятия 1 раз в неделю, длительностью 1.5 часа. Число детей, одновременно посещающих группу, колеблется от 6 до 9 человек. Совместно с больными РАС группу посещают дети с эмоциональными расстройствами, расстройствами поведения, депрессивным и тревожным расстройствами, органическим когнитивным и астеническим расстройствами, с шизофренией, не имеющие аутистических проявлений. 1 раз в месяц с каждым участником группы проводится 1-часовое индивидуальное занятие, 1 раз в месяц - консультации для родителей. После каждого занятия проводятся 30-минутные родительские собрания для родителей детей, посещающих группу. Преемственность осуществляется с участковой психиатрической службой, клиническим психологом, педагогическим коллективом коррекционной школы.

Группа рассчитана на регулярное и длительное (в течение ряда лет) психотерапевтическое сопровождение. В настоящее время детская психотерапевтическая группа действует 3 года. Основным направлением работы является социальная адаптация больных, преодоление нарушений в коммуникативной и поведенческой сферах. Коррекция проводится в форме свободных групповых бесед в сочетании с выполнением тренинговых упражнений. Используются методы игровой и арттерапии, символдрамы, аутотренинга и релаксации.

Работа с родителями направлена на их информирование об особенностях заболевания ребенка и возможностях коррекции. на вовлечение родителей в коррекционный процесс. Совместно с родителями разрабатывается алгоритм помощи ребенку, родители информируются о специализированных центрах по работе с проблемами аутизма, получают список литературных и интернет-источников, ориентированных на помощь родителям больных РАС. Большое внимание уделяется роли родителей в коррекционных мероприятиях и социальной адаптации пациента. Разрабатываются индивидуальные рекомендации по самостоятельной коррекционной работе родителей, вовлечению в коррекционный процесс других членов семьи, определяется распорядок дня ребенка, даются рекомендации по посещению воспитательных и учебных заведений, по форме обучения. Акцентируется внимание на аспектах социальной адаптации ребенка. Совместно с родителями разрабатываются меры, направленные на оптимальную социализацию больного. На родительских собраниях освещаются моменты прошедшего занятия, особенности поведения ребенка на занятии, его взаимодействие с остальными участниками группы, обсуждаются эпизоды занятия, требующие особого внимания. Родители получают рекомендации по самостоятельным занятиям с ребенком.

Взрослые с последствиями аутизма участвуют в занятиях психотерапевтической группы МБУЗ КДП № 2 Советского района Новосибирска. Других учреждений, направленных на реабилитацию взрослых с последствиями аутизма, в Новосибирске нет. Больные, наблюдающиеся участковым врачом-психиатром МБУЗ КДП № 2, не имеющие снижения интеллекта, направляются на консультацию к врачу-психотерапевту. После первичной индивидуальной консультации и беседы с родственниками больной направляется в психотерапевтическую коррекционную группу.

Занятия в психотерапевтической группе проходят 1 раз в неделю, продолжительностью 1 час. Дополнительно больные посещают специализированные группы психологического тренинга, аутотренинга и релаксации 2 раза в неделю, продолжительностью 1 час. Совместно с данными больными психотерапевтическую группу посещают пациенты с невротическими, фобическими и тревожными расстройствами. С больными работает врач психиатрпсихотерапевт, применяются методы, направленные на социальную адаптацию, нейтрализацию страхов, повышенной тревожности. По мере необходимости, но не реже 1 раза в месяц, проводятся консультации для родителей, родственников и опекунов пациентов, посещающих группу. Консультации носят информационный и терапевтический характер. Родственники получают информацию об особенностях заболевания, возможностях коррекции и новых методах лечения. Совместно с родителями разрабатывается механизм действий, направленный на создание оптимально комфортных условий для пациента, предполагающий улучшение качества жизни и максимально возможную социализацию.

За время посещения группы пациенты приобретают знания о собственном заболевании, учатся адекватно воспринимать особенности собственной личности, овладевают приемами общения, коммуникативными навыками, приемами аутотренинга и релаксации. В работе используются механизмы когнитивноповеденческой терапии, гештальттерапии, трансактного анализа и психосинтеза, арттерапии. Занятия проходят в форме свободного диалога участников группы с периодическим выполнением

тренинговых упражнений. 1 раз в 2 недели с больными проводятся индивидуальные консультации.

5.2. Эффективность психолого-педагогической реабилитации больных расстройствами аутистического спектра на разных возрастных этапах

В последнее время в литературе все чаще приводятся данные о том, что проведение с больными РАС психолого-педагогической коррекции является приоритетным направлением в реабилитации настоящей категории больных (Кюртс Н., 2005; Лагут Г. Б., Брак У. Б., Линдеркамп Ф., 2005). В интересах исследования нами проведена оценка вовлеченности исследуемого контингента в психолого-педагогическую коррекцию (рис. 19).



Рис. 19. Вовлеченность больных РАС в коррекционные процессы

Как показано на рисунке 19, 55,0 % больных не вовлекались в психолого-педагогические реабилитационные процессы и получали только медикаментозное лечение. 45,0 % пациентов, наряду с медикаментозным лечением, получали психолого-педагогическую коррекцию. Достоверной разницы между этими показателями не обнаружено. Из числа больных, с которыми проводилась психолого-педагогическая коррекция, положительная динамика наблюдалась у 29 чел. (64,4 %), отрицательная — у 12 (26,6 %).

У больных, с которыми коррекционная работа не проводилась, положительная динамика выявлена у 6 (17,8 %) чел., отрицательная — у 50 (89,2 %). Достоверно (p<0,001) установлено преобладание больных с положительной динамикой среди получавших психолого-педагогическую коррекцию.

Исследовались длительность коррекционных мероприятий, возраст их начала, регулярность и соотношение этих показателей с динамикой РАС. Проанализирована эффективность коррекционных мероприятий в группах несовершеннолетних и взрослых больных. У 34 чел. коррекция начиналась в возрасте до 16 лет. Пациенты, с которыми проводились коррекционные мероприятия, были разделены на две группы. В первой группе коррекция проводилась регулярно, не реже 2—3 раз в неделю, длилась не менее 5 лет. Во второй группе коррекция была нерегулярной, продолжительность менее 5 лет.

Для установления наиболее эффективного для начала коррекции возраста проведен анализ в 4 возрастных группах. В первую группу вошли больные, у которых возраст начала коррекционных мероприятий составил от 3 до 5 лет (11 чел.), во вторую группу — больные с возрастом начала коррекции от 5 до 7 лет (6 чел.), в третью группу — больные с началом коррекции от 7 до 12 лет (9 чел.), в четвертую группу — 8 больных с началом коррекции от 12 до 16 лет (рис. 20).

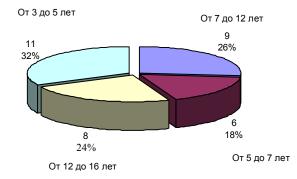


Рис. 20. Возраст начала психолого-педагогической и психотерапевтической реабилитации у больных РАС

Не установлено достоверной разницы между количественным соотношением больных данных групп (рис. 20).

Как видно из таблицы 37, 18 (61,1 %) больных данной группы были задействованы в коррекционные процессы регулярно, более 5 лет; 38,8 % принимали участие в коррекции менее 5 лет, занятия носили нерегулярный характер. Анализ табличных данных показал, что больных с положительной динамикой в этой возрастной группе значительно больше, чем с отрицательной динамикой; данные высоко статистически достоверны (p<0,001).

Таблица 37 Оценка эффективности психолого-педагогической коррекции у больных РАС с возрастом начала коррекции от 3 до 5 лет

Коррекция	Возраст	Положительная	Отрицательная
	от 3 до 5 лет	динамика	динамика
Длительная (более 5 лет),	11 (61,1 %)	13 (72,2 %)	1 (5,5 %)
регулярная			
Нерегулярная, менее 5 лет	7 (38,8 %)	2 (11,1 %)	5 (27,7 %)
Всего	18 (100 %)	15 (83,3 %)	6 (33,3 %)

Достоверно установлено, что больные с положительной динамикой преобладают среди лиц, с которыми коррекционные занятия проводились длительно и регулярно (p<0,001).

В возрастную группу с возрастом начала коррекции от 5 до 7 лет вошло 6 чел. (табл. 38). Регулярно и длительно принимали участие в коррекции 83,3% больных. Положительная динамика установлена у 66,6 %; у 1 больного (16,6 %) с нерегулярной и непродолжительной коррекцией выявлена отрицательная динамика. Анализ табличных данных достоверно (р<0,001) показывает, что большинство лиц с положительной динамикой установлено среди больных, принимавших участие в коррекционных процессах длительно и регулярно.

Таблица 38 Оценка эффективности психолого-педагогической коррекции у больных РАС с возрастом начала коррекции от 5 до 7 лет

•			
Коррекция	Возраст от 5	Положительная	Отрицательная
	до 7 лет	динамика	динамика
Длительная (более 5 лет),	5 (83,3 %)	4 (66,6 %)	1 (16,6 %)
регулярная			
Нерегулярная, менее 5 лет	11 (6,6 %)	1	1 (16,6 %)
Всего	6 (100 %)	4 (66,6 %)	1 (16,6 %)

В возрастную группу с началом коррекции от 7 до 12 лет вошло 9 чел. (табл. 39). В длительной и регулярной коррекции были задействованы 66,6 % больных, нерегулярно посещали коррекционные занятия 33,3 % пациентов; достоверной разницы между этими показателями не обнаружено. Количество больных с отрицательной и положительной динамикой распределилось равномерно.

В возрастную группу с началом коррекции от 12 до 16 лет вошло 8 пациентов (табл. 40). В данной группе не установлено достоверной разницы между числом больных, принимавших участие в длительной и регулярной психолого-педагогической коррекции, и количеством пациентов, задействованных в коррекционных

процессах нерегулярно и короткое время. Также не определено достоверной разницы между данными о больных с положительной и отрицательной динамикой.

Таблица 39 Оценка эффективности психолого-педагогической коррекции у больных РАС с возрастом начала коррекции от 7 до 12 лет

Коррекция	Возраст начала	Положительная	Отрицательная
	от 7 до 12 лет	динамика	динамика
Длительная (более 5 лет), регулярная	6 (66,6 %)	3 (33,3 %)	3 (33,3 %)
Нерегулярная, менее 5 лет	3 (33,3 %)	1 (11,1 %)	2 (22,2 %)
Всего	9 (100 %)	4 (44,4 %)	5 (55,5 %)

Таблица 40 Оценка эффективности психолого-педагогической коррекции у больных РАС с возрастом начала коррекции от 12 до 16 лет

Коррекция	Возраст начала	Положительная	Отрицательная
	от 12 до 16 лет	динамика	динамика
Длительная (более 5 лет)	5 (62,5 %)	3 (37,5 %)	3 (37,5 %)
регулярная			
Нерегулярная, менее 5 лет	3 (37,5 %)	-	2 (25,0 %)
Всего	8 (100 %)	3 (37,5 %)	5 (62,5 %)

Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод о прогрессивном снижении числа больных с положительной динамикой по мере увеличения возраста начала коррекции. Выражена корреляция длительности и регулярности коррекции с динамикой состояния больных до 7-летнего возраста. Число больных с положительной динамикой выше среди больных, задействованных в психолого-педагогической коррекции более 5 лет и регулярно посещавших коррекционные занятия (не реже 2—3 раз в неделю).

5.3. Психолого-педагогическая коррекция у больных расстройствами аутистического спектра

Анализ анамнестических данных о несовершеннолетних с РАС и взрослых с последствиями аутизма позволяет выявить особенности психолого-педагогической коррекции на разных возрастных этапах и оценить динамику клинических проявлений. В интересах исследования группы взрослых и несовершеннолетних больных, принимавших участие в коррекции, оценивались отдельно.

Особенности психолого-педагогической коррекции у несовершеннолетних с расстройствами аутистического спектра

Группа несовершеннолетних, принимавших участие в психолого-педагогической коррекции, составила 28 чел. (62,2 %). Исследование форм коррекционной работы показало, что 17 детей (60,7 %) посещали психолого-педагогический Центр им. Бороздина, 10 несовершеннолетних (35,7 %) периодически проходили реабилитационные курсы в педиатрическом отделении НИИ Физиологии СО РАН, 12 детей (42,8 %) вовлекались в коррекционные процессы в Центрах социального обслуживания. 7 чел. (25.0 %) посещали психотерапевтическую группу в МБУЗ КДП № 2. С 2 детьми индивидуально занимался частный психотерапевт (7.1 %). 5 чел. (17.8 %) проходили обучение и психологопедагогическую коррекцию в коррекционной школе VIII вида. 6 чел. проходили коррекционные курсы в реабилитационных центрах в других городах (4 детей – в Томской областной психиатрической больнице, 2 - в Московском Институте коррекционной педагогики). З больных проходили курсы реабилитации за рубежом (2 ребенка в Германии, 1 посещал занятия в психологическом центре в Южной Корее).

Приводимые данные свидетельствуют о том, что больные, вовлекавшиеся в психолого-педагогическую коррекцию, имели возможность получать комплексную помощь в нескольких реабилитационных учреждениях. Следует отметить, что в психолого-педагогическом центре им. Бороздина и в психотерапевтической группе МБУЗ КДП № 2 реабилитация рассчитана на длительный период времени. В остальных реабилитационных заведениях дети получали помощь в виде 2—3-недельных лечебных курсов с периодичностью 1—2 раза в год. В психологопедагогической коррекции принимали участие 18 несовершеннолетних с детским аутизмом и 10 детей с синдромом Аспергера (рис. 21). Преобладание больных с диагнозом детского аутизма достоверно не подтверждено. Обращает на себя внимание тот факт, что в коррекционных процессах не задействованы дети с атипичным аутизмом.

Проведенный анализ форм коррекционной работы показал, что большинство (p<0,001) больных были вовлечены в коррекционный процесс одновременно в нескольких учреждениях, занимающихся психолого-педагогической коррекцией.

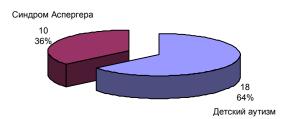


Рис. 21. Распределение диагнозов в группе несовершеннолетних с РАС, принимавших участие в психолого-педагогической коррекции

Таблица 41 Динамика клинических проявлений у несовершеннолетних с РАС в процессе психолого-педагогической коррекции

Сфера клинических	Число	Положительная	Отрицатель-	Без
проявлений	человек	динамика	ная динамика	динамики
Коммуникативная	28 (100 %)	28 (100 %)	-	-
Аффективная	22 (78,5 %)	16 (57,1 %)	6 (21,4 %)	-
Поведение	27 (96,4 %)	23 (82,1 %)	2 (7,1 %)	2 (7,1 %)
Речь	15 (53,5 %)	11 (73,3 %)	-	4 (26,6 %)
Двигательная	9 (32,1 %)	7 (77,7 %)	-	2 (22,2 %)
Игровая	28 (100 %)	17 (60,7 %)	1 (3,5 %)	10 (35,7 %)
Всего	28 (100 %)	28 (100 %)	28 (100 %)	28 (100 %)

Изучена динамика клинических проявлений в процессе коррекционного воздействия (табл. 41). Нарушения в коммуникативной сфере до начала коррекционных мероприятий наблюдались у 28 несовершеннолетних (100 %), положительная динамика на фоне коррекции отмечена у 100 % детей. Расстройства аффективной сферы демонстрировали 78,5 % несовершеннолетних. Очевидно преобладание детей с положительной динамикой на фоне проведения коррекционных мероприятий. Эти данные статистически достоверны (р<0,01). Сфера поведения пострадала у 96,4 % детей. Установлено преобладание несовершеннолетних с положительной динамикой (82.1 %) в сравнении с таковыми с отрицательной динамикой и с теми, у кого не было динамики на фоне проведенной коррекции (7,1 и 7,1 %). Проведенный анализ установил высокую статистическую достоверность этих данных (p<0,001). Нарушения в речевой сфере до начала коррекционных мероприятий зафиксированы у 15 (53,5 %) детей. После

118

коррекционных мероприятий улучшение наблюдалось у 11 (73,3 %), без динамики – у 4 (26,6 %). Статистически значимой разницы между этими показателями не обнаружено.

Патология двигательной сферы до начала психологопедагогической коррекции установлена у 9 несовершеннолетних (23,1 %), положительная динамика установлена у 7 (77,7 %), не было динамики — у 2 (22,2 %); не установлено достоверной разницы между этими показателями. Нарушение в игровой деятельности демонстрировали 28 несовершеннолетних (100 %), положительная динамика в ходе коррекции установлена у 17 (60,7 %), что значительно (p<0,001) превышает число детей с отрицательной динамикой (3,5 %). Не установлено значимой разницы между числом несовершеннолетних с положительной динамикой (60,7 %) и числом несовершеннолетних без динамики (35,7 %).

Проведен анализ социальной активности несовершеннолетних с РАС, принимавших участие в психолого-педагогической коррекции (табл. 42).

Таблица 42 Оценка социальной активности несовершеннолетних с РАС, принимающих участие в коррекции (абс., %)

Форма социальной активности	Число детей
Посещение детского сада	6 (21,4 %)
Обучение в ООШ	10 (35,7 %)
Обучение в коррекционной школе	5 (17,8 %)
Обучение в колледже	1 (3,5 %)
Обучение в вузе	1 (3,5 %)
Пребывание дома	5 (17,8 %)
Всего	28 (100 %)

В целом РАС являются инвалидизирующим заболеванием, характеризуются ранней инвалидизацией и снижением социальной активности больных. Анализ данных таблицы 42 показал, что среди детей, принимающих участие в психолого-педагогической коррекции, со статистической достоверностью (p<0,001) преобладают социально активные дети (82,2 %).

Для иллюстрации приводим клинический пример ребенка, принимающего участие в длительной и систематической психолого-педагогической коррекции.

Больной Илья И., 15 лет, житель Новосибирска. Состоит на учете у психиатра с 07.12.2005 (11 лет). Диагноз: синдром Аспергера.

Впервые мать обратилась по рекомендации школьного педагога с целью оформления индивидуального обучения. Ребенок не мог усво-

ить распорядок школьного дня, не мог длительно заниматься целенаправленной деятельностью, в классе с первых дней обучения занимал положение «изгоя», не был принят в коллективе, вызывал у детей негативные эмоции своеобразным поведением — мог неожиданно рассмеяться среди урока без связи с ситуацией, выкрикивал разнообразные звуки, подходил к детям, пытался их трогать и рассматривать. Бывал агрессивен к одноклассникам.

Данные анамнеза: наследственность отягощена психическими заболеваниями по линии матери – двоюродная сестра матери страдала шизофренией, племянник матери страдает синдромом Дауна. Мать, 1977 г. р., тревожная, ранимая. Имеет высшее математическое образование, не работает. Вредных привычек не имеет. Склонна психологизировать заболевание сына, сомневается в том, что ребенок должен состоять на учете психиатра, однако настаивает на том, что с ним необходимо проведение психолого-педагогической коррекции. Отец, 1977 г. р., имеет высшее математическое образование, работает программистом. Длительное время (по 1—2 года) проводит в командировках за рубежом, проживает отдельно от семьи. Обладает шизоидным типом личности; к близким холоден, склонен к уединению, близких друзей не имеет – с детства держался обособленно от сверстников, всегда имел проблемы в коммуникативной сфере. К сыну относится сдержанно, без проявления эмоций, однако считает его «вундеркиндом», необычайно одаренным, особенным. Есть старший здоровый ребенок (21 год).

Родился от второй беременности, протекавшей без особенностей, роды в срок, без патологии. Вес 3150 граммов, оценка по шкале Апгар 8 баллов. С рождения наблюдается неврологом по поводу перинатального поражения ЦНС смешанного генеза.

С раннего возраста был эмоционально холоден к близким. До 5 лет развивался с опережением, читает с 3 лет, увлекается изучением энциклопедий, знает наизусть объемные тексты. С 5-летнего возраста хорошо владеет персональным компьютером. После 5-летнего возраста родители стали замечать, что ребенок периодически «уходит в себя», подолгу замирает в одной позе. Появились стереотипные движения в виде перебирания пальцами перед лицом, раскачивания. Редко демонстрировал эхолалии. С окружающими практически не общался. Детский сад посещает с 3 лет, где адаптировался сложно. Подлогу плакал, не общался с детьми, предпочитал выдумывать «свои игры», свои правила. Ролевой игры не усвоил. Становился агрессивным при попытках детей вступить с ним в контакт. Избирателен в еде. Подолгу играет с текущей водой, песком. Периодически становится психомоторно возбужден — начинает кричать, бьет мать, ломает игрушки, портит мебель, рвет книги.

С 2006 по 2008 г. был установлен диагноз: смешанное расстройство поведения и эмоций. В 2008 г. комиссионно диагноз был пересмотрен и изменен на другой диагноз: синдром Аспергера.

119

В школе обучался по индивидуальной программе.

Соматический статус: телосложение правильное, питание достаточное. Со стороны внутренних органов патологии не установлено. Страдает миопией, астигматизмом.

Неврологический статус: энцефалопатия смешанного генеза, вследствие перинатального поражения ЦНС.

С 7-летнего возраста занимается индивидуально с психотерапевтом 1 раз в неделю. В течение года проходил групповую психологическую коррекцию в Корее (знает язык), где семья проживала в связи с командировкой отца. В настоящее время в течение 2 лет посещает психотерапевтическую группу в психоневрологическом отделении МБУЗ КДП № 2. Совместно с психолого-педагогической коррекцией получает медикаментозную терапию рисполептом 0,5 мг в сутки, курсы ноотропов.

Мать до занятий ребенка в группе была недостаточно информирована об особенностях аутистического заболевания в коррекции участия не принимала. На фоне проводимой с ребенком социоадаптации была активно вовлечена в коррекционное взаимодействие.

В течение первых 2 месяцев был агрессивно настроен к участникам группы, игнорировал попытки общения, старался держаться около психотерапевта. Тренинговые упражнения выполнял в полном объеме, особенно нравились занятия по методу артерапии, песочной терапии. Во время занятий не удерживался на одном месте, громко выкрикивал нечленораздельные звуки, снимал обувь и носки, на кресле сидел в позе «по-турецки». В рисунках явно прослеживалась агрессивная тематика.

Постепенно стал включаться в групповое взаимодействие, общаться с детьми, выполнять совместные упражнения. В настоящее время с одним из детей, посещающих группу, общается вне занятий в группе по телефону и электронной почте. Снизилась частота агрессивных проявлений. В школе стал обучаться совместно с классом. Занимает нейтральное положение. Отмечается положительная динамика в коммуникативной, аффективной и поведенческой сферах.

Особенности психолого-педагогической реабилитации у взрослых с последствиями аутизма

В настоящее время в связи с ростом числа РАС все больше внимания уделяется психолого-педагогической, психотерапевтической реабилитации и обучению детей, страдающих данными нарушениями. Как показывает практика, взрослые с последствиями аутизма также нуждаются в психолого-педагогическом сопровождении в течение длительного времени, иногда на протяжении всей жизни.

Проведен анализ группы взрослых с последствиями аутизма, принимавших участие в психотерапевтической реабилитации.

Установлено, что среди взрослых в реабилитационных мероприятиях было задействовано 17 чел. (37,7 %). Анализ полученных данных показал преобладание несовершеннолетних в сравнении со взрослыми, участвовавшими в реабилитации; данные статистически достоверны (p<0,01).

Как показано на рисунке 22, число взрослых с диагнозом шизофрении преобладало над количеством пациентов с диагнозами шизотипического расстройства и умственной отсталости. Анализ этих данных подтвердил их статистическую достоверность (p<0,001). Достоверного преобладания числа больных шизофренией, принимавших участие в коррекции, в сопоставлении с больными с диагнозом шизоидного расстройства не обнаружено.



Рис. 22. Распространенность диагнозов у взрослых, принимавших участие в психотерапевтической реабилитации

При изучении анамнестических сведений установлено, что до 18-летнего возраста эти больные наблюдались с диагнозами: синдром Аспергера -7 (41,1 %), РДА -7 (41,1 %), атипичный аутизм -3 (6,6 %).

Из 17 пациентов (100 %) 8 (47,0 %) принимали участие в реабилитационных процессах с детского возраста. На протяжении ряда лет эти больные были задействованы в психологопедагогической коррекции и психотерапевтической реабилитации одновременно в нескольких учреждениях, но после 18летнего возраста прекратили коррекцию. 9 (52,9 %) взрослых пациентов были задействованы в психотерапевтической реабилитации после 18-летнего возраста; в детском возрасте реабилитационные мероприятия с ними не проводились, кроме медикаментозной терапии (табл. 43).

122

Таблица 43 Динамика клинических проявлений у взрослых с последствиями аутизма в процессе психолого-педагогической и психотерапевтической реабилитации

Сфера клинических	Число	Положитель-	Отрицательная	Без динамики
проявлений	человек	ная динамика	динамика	
Коммуникативная	17 (100 %)	17 (100 %)	-	-
Аффективная	15 (88,2 %)	14 (93,3 %)	-	1 (6,6 %)
Поведенческая	11 (64,7 %)	9 (81,8 %)	2 (22,2 %)	-
Речь	7 (41,1 %)	7 (100 %)	-	-
Двигательная	7 (41,1 %)	5 (71,4 %)	-	2 (28,5 %)
Игровая (в анамнезе)	8 (47,0 %)	7 (87,5 %)	-	1 (12,5 %)
Всего	17 (100 %)	17 (100 %)	17 (100 %)	17 (100 %)

Данные таблицы 43 демонстрируют, что нарушения в коммуникативной сфере до начала коррекции имели 17 исследуемых (100 %). На фоне проведенной реабилитации положительная динамика отмечена в 100 % случаев. Нарушения в аффективной сфере выявлены у 88,2 % больных. Число больных с положительной динамикой на фоне проведенной реабилитации значительно превышало таковое без динамики (93,3 и 6,6 %). Анализ подтвердил высокую статистическую достоверность этих данных. Больных с отрицательной динамикой в этой группе не зафиксировано. В сфере поведения демонстрировали нарушения 64,7 % пациентов. Число больных с положительной динамикой с достоверной разницей (p<0,01) превышало количество больных с отрицательной динамикой. Нарушения в игровой деятельности до начала реабилитации установлены у 8 исследуемых (47.0 %) (реабилитационные мероприятия с ними начинались с детского возраста).

На фоне проведения реабилитационных мероприятий число больных с положительной динамикой значительно превышало количество больных без динамики (87,5 и 12,5 %), что статистически высоко достоверно (p<0,001). В интересах исследования проведен анализ катамнестических данных 8 пациентов, прекративших реабилитационные мероприятия после достижения 18летнего возраста. Диагнозы в группе больных, прекративших коррекционные мероприятия после достижения совершеннолетия, распределились следующим образом (рис. 23).

Среди прекративших коррекцию и реабилитацию 50,0 % составили больные шизофренией, по 25,0 % – больные шизотипическим расстройством и умственной отсталостью. Оценка динамики клинической картины заболевания показала, что у 7 боль-

ных (87,5 %) отмечается редукция положительной динамики и возврат патологической симптоматики в виде нарастания аутизации, поведенческих и аффективных нарушений.

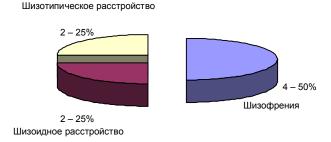


Рис. 23. Распределение диагнозов у езрослых, прекративших участие в реабилитационных мероприятиях

Анализ социальной активности больных, прекративших после 18 лет участие в реабилитационных мероприятиях, показал следующее (табл. 44): на фоне проведения психолого-педагогической коррекции социально активны были 87,5 % больных, что достоверно превышало число больных, проявлявших минимальную социальную активность и пребывающих дома (12,5 %) (p<0,001).

Таблица 44 Оценка социальной активности взрослых больных с последствиями аутизма после отмены реабилитационных мероприятий

Форма	Количество человек		
социальной активности	на фоне коррекции	После отмены коррек-	
		ции	
Обучение в ООШ	3 (37,5 %)	-	
Обучение в коррекционной школе	1 (12,5 %)	-	
Обучение в вузе	2 (25,0 %)	1 (12,5 %)	
Обучение в училище для инвалидов	1 (12,5 %)	-	
Пребывание дома	1 (12,5 %)	7 (87,5 %)	
Всего	8 (100 %)	8 (100 %)	

После отмены реабилитационных мероприятий социальную активность сохранил 1 больной (12,5 %.) Анализ представленных данных показал значительное (p<0,001) преобладание больных, пребывающих в домашних условиях (изоляции от социума), проявляющих минимальную социальную активность.

Таким образом, результаты проведенного анализа социальной активности взрослых пациентов с последствиями аутизма доказывают необходимость проведения комплекса реабилитационных и коррекционных мероприятий в течение длительного времени для улучшения социализации больных. В некоторых случаях не исключается возможность даже пожизненного психотерапевтического и психологического сопровождения.

В настоящее время в Советском районе Новосибирска единственным учреждением, занимающимся проведением психолого-психотерапевтической реабилитации для взрослых с последствиями аутизма, является амбулаторное психоневрологическое отделение МБУЗ КДП № 2. В группе проводится работа с больными с ненарушенными интеллектуальными функциями. Учреждений, осуществляющих реабилитацию взрослых больных с последствиями аутизма и со снижением интеллекта, в Новосибирске нет.

Проведена оценка эффективности реабилитационных мероприятий у взрослых больных РАС, посещавших психотерапевтическую группу МБУЗ КДП № 2, впервые задействованных в реабилитационные мероприятия после 18 лет. Всего с 2006 по 2009 г. психотерапевтическую группу психоневрологического отделения МБУЗ КДП № 2 посещали 9 чел. (20,4 %). Диагнозы в настоящей группе распределились следующим образом (рис. 24).

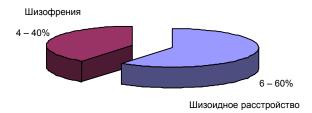


Рис. 24. Распределение диагнозов у взрослых, вовлеченных в психотерапевтическое взаимодействие после 18 лет

Не обнаружено достоверного преобладания больных с тем или иным диагнозом. Пациенты с шизофренией и шизоидным расстройством распределены равномерно. Из 9 чел на протяжении 3 лет психотерапевтическую группу регулярно посещали 5 больных (55,5 %). Положительная динамика отмечается у 6 па-

циентов (66,6 %), без существенной динамики -2 больных (22,2 %), у 1 больного - отрицательная динамика (11,1 %). Выявлено достоверное преобладание больных с положительной динамикой (p<0,01).

Проведена оценка социальной активности больных, вовлеченных в реабилитационные мероприятия после 18-летнего возраста (табл. 45). Большинство больных до начала коррекции с высокой достоверностью (p<0,001 демонстрировали снижение социальной активности – пребывание дома или в академическом отпуске по болезни (88,8 %). На фоне проводимой в течение 3 лет коррекционной работы возросло число социально активных больных (66,6 %), адекватным общественным нормам.

Таблица 45 Оценка социальной активности больных, впервые вовлеченных в психотерапевтическую реабилитацию после 18 лет

Форма социальной активности	Количество пациентов	
до начала реабилитации	до начала	на фоне
	реабилитации	реабилитации
Пребывание дома	6 (66,6 %)	3 (33,3 %)
Обучение в вузе	1 (11,1 %)	2 (22,2 %)
Пребывание в академическом отпуске в вузе	2 (22,2 %)	1 (11,1 %)
Обучение в техникуме	-	1 (11,1 %)
Работа	•	2 (22,2 %)
Bcero	9 (100 %)	9 (100 %)

Из 3 чел. (33,3 %) с низкой социальной активностью и пребывающих дома у 1 больного произошло ухудшение состояния — возросла аутизация, прекратил общение с прежними друзьями, не посещал группы, в вузе оформил академический отпуск. Еще у 1 больного состояние остается без существенной динамики. 1 больная, находящаяся дома, не работающая, за 3 года пребывания в группе вышла замуж, занимается домашним хозяйством, много времени уделяет творчеству (рисование) и занятиям спортом. До занятий в группе творчеством не увлекалась. В течение последних 6 месяцев работает на дому бухгалтером.

Для иллюстрации вышеизложенных положений приводим следующий клинический пример.

Федор А., 1988 г. р. (21 год), проживает в Новосибирске. На учете у психиатра состоит с 2000 г. (12 лет). Закончил 11 классов общеобразовательной школы.

Впервые на прием к психиатру пришел совместно с матерью. Активно жалоб не предъявлял. Со слов матери, у ребенка проблемы в общении: не имеет друзей, избегает общения с одноклассниками.

126

При попытках одноклассников вступить в общение проявляет тревогу, вплоть до приступов паники. Никогда не отвечает устно на уроке, несмотря на то что учится хорошо. Свободное время проводит дома, не ходит даже в гости к родственникам.

Мать, 1962 г. р., образование высшее математическое, работает инженером. Обладает шизоидным типом личности — малообщительна, к детям малоэмоциональна, крайне избирательна в контактах, увлекается мистикой, магией. Отец, 1957 г. р., имеет высшее математическое образование, работает инженером. Тип личности — шизоидный. Малообщителен, не имеет друзей, с детства имел проблемы в общении, общение с близкими формальное. Дома склонен к уединению, с семьей общается очень мало. Имеют здорового младшего сына. Наследственность отягощена по линии отца — сестра деда страдает шизофренией. Родственники по линии отца характеризуются как люди замкнутые, чудаковатые, странные.

Родился от первой беременности, протекавшей с гестозом. Роды в срок. Стимулированные в связи со слабостью родовой деятельности. Вес при рождении 2 700 граммов. Оценка по шкале Апгар 8 баллов. Раннее развитие соответствовало возрасту. С рождения был беспокойным, плаксивым. Симбиотически привязан к матери. В отношении других членов семьи малоэмоционален, привязанности не проявляет. Интеллектуальное развитие с опережением. С раннего детства нарушены тонкая моторика и координация — всегда был неуклюжим, ронял окружающие предметы, часто падал и ударялся. Игровая деятельность не носила характер ролевой игры, любил играть с ёлочными игрушками, шахматами, машинками, выстраивая их в ряды. Детский сад посещал с 3 лет, где адаптировался плохо; с детьми не общался, много плакал и ждал мать. В еде избирателен. Строго придерживается распорядка дня, порядка в комнате. С раннего детства избегает визуального контакта «глаза в глаза».

В 2000 г. был вынесен диагноз: синдром Аспергера. В 2005 г. (17 лет) диагноз был изменен: шизоидное расстройство личности.

Медикаментозно получал рексетин 20 мг в сутки в течение года, рисполепт 2 мг в сутки в течение года, ноотропную терапию курсами.

В возрасте 17 лет впервые посетил психотерапевтическую группу. В группе не общался, держался в стороне от других участников. В групповой дискуссии участия не принимал, тренинговые упражнения не выполнял. Посетил 3 занятия. Перестал ходить на занятия, мотивируя отказ улучшением состояния.

После окончания школы поступил в вуз на физико-математический факультет. Продолжал оставаться замкнутым, общения с однокурсниками избегал. Стал пропускать занятия, объясняя это тем, что трудно находиться среди большого количества людей, общаться с сокурсниками и преподавателями. После первого года обучения оформил академический отпуск по состоянию здоровья (по решению ВК).

В возрасте 18 лет возобновил посещение психотерапевтической группы. Посещал группу в течение года. Первые 6 месяцев был пассивен. В групповом взаимодействии участвовал минимально. Старался больше молчать, пропускал сеансы, со временем стал более активным. Стал рассказывать о себе и своих проблемах. В группе получал поддержку от других участников. Тренинговые упражнения выполнял в полном объеме. Дополнительно в течение 8 месяцев посещал групповые занятия релаксацией и аутотренингом (2 раза в неделю). После года посещения группы отмечалась положительная динамика — улучшились навыки коммуникации, стал менее тревожным. Возобновил учебу в вузе. Посещение группы прекратил из-за занятости на учебе.

Катамнестически: через 2 года после окончания психотерапевтической коррекции продолжает обучение в вузе, не нуждается в медикаментозном лечении. Продолжает оставаться малообщительным, но наладил взаимоотношения с двоюродными братьями, ходит к ним в гости, общается по электронной почте.

5.4. Участие родителей в реабилитационном процессе больных расстройствами аутистического спектра

Проведение процесса реабилитации больных РАС является длительным и требующим привлечения ряда специалистов. Кроме коррекционных мероприятий в специализированных учреждениях важной представляется роль родителей в реабилитационном процессе. В рамках исследования была изучена роль родителей детей с РАС в реабилитационном процессе.

Таблица 46 Вовлеченность в реабилитацию родителей детей с РАС

Вовлеченность родителей	Динамика		Всего
	положительная	отрицательная	
Оба родителя вовлечены в реабилитацию	14 (87,5 %)	2 (12,5 %)	16 (100 % %)
Один родитель вовлечен в реабилитацию	11 (50 %)	11 (50 %)	22 (100 %)
Родители не участвуют в реабилитации	2 (28,5 %)	5 (71,4 %)	7 (100 %)

Проведен анализ и установлена корреляция между вовлеченностью родителей в реабилитационные процессы и динамикой заболевания (табл. 46). Из 45 семей, в которых с больными проводилась реабилитационная работа, в 16 (35,5 %) семьях оба родителя регулярно участвовали в реабилитационных занятиях. Среди этих больных значительно преобладали пациенты с положительной динамикой (87,5 %) (р<0,001). 1 из родителей регулярно участвовал в коррекционных занятиях в 22 (48,8 % %) семьях. Положительная динамика зафиксирована у 11 (50 %) родителей, отрицательная — у 11 (50,0 %). В 7 семьях (15,5 %) родители не

были вовлечены в процесс коррекции. Положительная динамика отмечена в 2 случаях, отрицательная – в 5 (28,5 и 71,4 %).

Анализ полученных данных показал, что среди больных, чьи родители активно принимали участие в реабилитационном процессе, преобладали пациенты с положительной динамикой и, напротив, большинство больных с отрицательной динамикой выявлено в семьях, где родители не вовлекались в процесс коррекции; данные высоко статистически достоверны (p<0,001).

На основании приведенных данных роль родителей в реабилитационном процессе представляется важной. Вовлеченность родителей в мероприятия по реабилитации РАС может положительно влиять на динамику заболевания, особенно если оба родителя принимают активное участие в коррекционной работе. Родители, владеющие достаточной информацией об особенностях заболевания ребенка, современных методах коррекции, могут оказывать существенное влияние на социальную адаптацию ребенка, приобретение им навыков самостоятельной жизни, выбор и освоение им профессии.

Следует отметить роль матери ребенка в реабилитационном процессе. Как показывают литературные данные (Винникот Д. В., 2005; Бардышевская М. К., Цуканова Е. А., 2007; Баенская Е. Р., 2008) и собственные наблюдения, наиболее часто у детейаутистов наблюдается симбиотическая привязанность к матери. Ребенок, особенно в первые годы жизни, не способен полностью дифференцировать себя от матери, воспринимает себя и мать как единое целое. Эта особенность может благоприятно повлиять на процесс коррекции, если мать выступает как активный участник процесса, владеет нужными навыками реабилитационного взаимодействия с ребенком. Одним из аспектов реабилитации должно стать информирование и обучение матерей пациентов реабилитационным навыкам.

Таблица 47 Оценка информированности родителей об особенностях заболевания ребенка с РАС и возможностях реабилитации

Информированность	Число родителей
Полная	49 (24,2 %)
Частичная	12 (5,9 %)
Отсутствие информации	141 (69,8 %)
Bcero	202 (100 %)

В этом аспекте представляла интерес информированность родителей об особенностях заболевания и возможностях реабилитации (табл. 47).

В исследование вошло 63 полных семей и 38 неполных. Родители из полных семей приглашались на беседу, в ходе которой устанавливался уровень их информированности об особенностях заболевания ребенка и возможностях реабилитации. О родителях из неполных семей, не проживающих с ребенком, информация собиралась от родителя, занимающегося воспитанием несовершеннолетнего, или от родственников, владеющих достаточной информацией (бабушки, деды, тетки, дядья).

В результате из вошедших в исследование 202 родителей от 171 (100 матерей и 71 отца) информация была получена в непосредственной беседе; информация о 31 родителе (30 отцах и 1 матери) получена в ходе беседы с родственниками. Проведенный анализ позволил выделить 3 группы родителей: 1) обладающих достаточной информацией о заболевании ребенка и возможностях коррекции (49 – 24,2 %); 2) обладающих недостаточной информацией и отрывочными сведениями об особенностях заболевания и возможностях коррекции (12 – 5,9 %); 3) не владеющих практически никакой информацией о РАС и методах коррекции (141 – 69,8 %).

Анализ полученных данных показал преобладание среди родителей лиц, не владеющих достаточной информацией о заболевании ребенка и возможностях коррекции. Большинство опрошенных родителей отмечают неудовлетворенность объемом полученной информации от врачей психиатров, неврологов и других специалистов, работающих с ребенком, малодоступность литературы по данному вопросу. Никто из родителей не участвовал в обучающих, информационных, коррекционных группах для родителей детей с РАС из-за отсутствия доступных специализированных учреждений, центров, групп по работе с родителями детей с аутизмом. Очевидна необходимость создания таких центров и групп, а также обучения врачей и психологов, работающих с детьми с РАС, информационной работе с родителями.

Следует отметить тот факт, что часть родителей (84 – 41,7 %) не обладает достаточной информацией о заболевании ребенка и возможностях его коррекции в связи с отсутствием интереса к данному вопросу и негативизмом в плане реабилитации.

5.5. Эффективность медикаментозной терапии в процессе реабилитации больных расстройствами аутистического спектра

Катамнестическое прослеживание больных РАС позволило оценить эффективность проводившейся медикаментозной терапии. В интересах исследования пациенты были разделены на две группы. Отдельно оценивалась медикаментозная коррекция у взрослых и несовершеннолетних пациентов.

Из 57 несовершеннолетних за время лечения в диспансерном психоневрологическом отделении МБУЗ КДП № 2 Новосибирска медикаментозную терапию получали 45 чел. (78,9 %). Из них 31 ребенок с детским аутизмом, 5 пациентов (из 17) с синдромом Аспергера, 9 больных с атипичным аутизмом. Нейролептическую терапию получали 33 ребенка (57,8 %).

При лечении чаще всего использовались нейролептики (неулептил (перфеназин), сонапакс, рисперидон), ноотропные препараты (ноотропил, пирацетам, кавинтон, пантокальцин); реже применялись препараты вальпроевой кислоты (депакин хроно, депакин хроносфера) в качестве стабилизаторов настроения.

Показаниями к назначению терапии нейролептиками являлись нарушения поведения в виде гиперактивности, полового поведения, вспышек гнева, агрессивности, самоповреждений, выраженных моторных стереотипий, нарастающей аутизации. Показаниями к назначению ноотропных препаратов были нарушения в когнитивной сфере (снижение памяти, устойчивости и концентрации внимания, проблемы в освоении речевых навыков, повышенная утомляемость, слабость, вялость, апатия). В разные периоды времени в зависимости от показаний несовершеннолетние принимали препараты из группы нейролептиков. На основе анализа динамики клинических проявлений РАС на фоне приема нейролептиков оценена частота побочных эффектов (табл. 48, 49).

Таблица 48 Динамика клинических проявлений у несовершеннолетних с РАС при назначении препаратов из группы нейролептиков

Препарат	Положительная	Отрицательная	Без динамики	Всего
	динамика	динамика		
Рисперидон	18 (75,0 %)	1 (4,1 %)	5 (20,8 %)	24 (100 %)
Неулептил	9 (75,0 %)	_	3 (25,0 %)	12 (100 %)
Сонапакс	3 (30 %)	4 (40 %)	3 (30 %)	10 (100 %)

Таблица 49 Побочные эффекты нейролептической терапии несовершеннолетних с РАС

Побочный эффект	Препарат		
	Рисперидон	Неулептил	Сонапакс
Экстрапирамидные нарушения	2 (8,3 %)	3 (25,0 %)	-
Сонливость, вялость, слабость	5 (20,8 %)	4 (33,3 %)	1 (10 %)
Диспептические расстройства	3 (12,8 %)	3 (25,0 %)	-
Прибавка массы тела	11 (45,8 %)	1	-
Психомоторное возбуждение	-	1 (8,3 %)	-
Отсутствие побочных эффектов	3 (12,8 %)	1 (8,3 %)	9 (90 %)
Всего	24 (100 %)	12 (100 %)	10 (100 %)

Чаще всего назначался рисперидон в дозах от 0,5 до 2 мг в сутки, лечение которым проводилось 24 (42,1 %) несовершеннолетним со следующими диагнозами: РДА — 14 больных, синдром Аспергера — 1, атипичный аутизм — 9 детей. Показаниями для назначения рисперидона служили нарастающая аутизация, выраженные моторные стереотипии, страхи. Рисперидон назначался больным с 15 лет. Положительный ответ на терапию рисперидоном продемонстрировало большинство детей (75,0 %) (p<0,001). Наиболее выраженным побочным эффектом явилась прибавка массы тела, зафиксированная у 11 несовершеннолетних (45,8 %).

Реже при терапии рисперидоном отмечались нарастающая вялость, слабость, дневная сонливость, состояние «оглушенности». Эти побочные эффекты зафиксированы у 5 (20,8 %) несовершеннолетних из 24. У 3 больных снижение выраженности побочных эффектов достигалось путем снижения суточной дозы препарата, еще у 2 больных снижение дозы привело к уменьшению терапевтического эффекта, возникла необходимость в назначении другого препарата из группы нейролептиков.

Диспептические нарушения, проявлявшиеся в виде сухости во рту и запоров, отмечены у 5 несовершеннолетних (20,8 %). Настоящие побочные эффекты успешно корректировались путем снижения дозы и не требовали перевода на другой нейролептик. Экстрапирамидные нарушения установлены у 2 детей (8,3 %), рисперидон был заменен на другой нейролептик.

Сонапакс в дозировке от 10 до 60 мг в сутки назначался 12 (21,0 %) детям. Среди них 10 больным детским аутизмом, 2 больным атипичным аутизмом. Показаниями для назначения сонапакса у больных РАС служили умеренные поведенческие нарушения, достаточно редко проявляющиеся приступы агрессии и аутоагрессии.

Положительная динамика на фоне лечения сонапаксом установлена у 3 детей из 12 (30,0 %); не дали терапевтического ответа 4 (40,0 %), у 3 (30,0 %) состояние ухудшилось. Проведенный анализ показал отсутствие преимущества между больными с положительной, отрицательной динамикой и пациентами с отсутствием динамики клинических проявлений на фоне приема сонапакса. Минимальный возраст больных для назначения данного препарата составил 4 года. Частота побочных эффектов на фоне приема сонапакса была минимальной (8,3 %). Сонапакс назначался больным в возрасте от 4 лет. Перевод на другой нейролептик требовался в 7 (58,3 %) случаях недостаточного терапевтического ответа, когда достичь желаемого результата не удавалось путем увеличения дозировки.

Лечение неулептилом проводилось 12 (21,0 %) несовершеннолетним в возрасте от 3 лет, в дозе от 1 до 6 мг в сутки. Неvлептил назначался 7 больным детским avтизмом и 3 детям с атипичным аутизмом. Показаниями являлись выраженные поведенческие нарушения, частые приступы неконтролируемой агрессии и аутоагрессии, ярко выраженные страхи, патологическая реакция на смену обстановки. Положительная динамика установлена у 9 несовершеннолетних (80.0 %), у 20.0 % состояние оставалось без существенной динамики. Минимальный возраст назначения этого препарата составил 10 лет. Анализ полученных данных показал положительную динамику у большинства больных (75,0 %) и наибольшее количество пациентов с побочными эффектами (91,6 %) (p<0,001), в том числе диспептические нарушения – у 4 больных (33,3 %), экстрапирамидные нарушения – у 3 (25,0 %), психомоторное возбуждение – у 1 (8,3 %). Уменьшение интенсивности побочных эффектов устраняли путем снижения дозы препарата. 3 несовершеннолетним (25,0 %) ввиду слабости терапевтического ответа препарат был заменён на другой нейролептик.

Препараты вальпроевой кислоты назначались 9 (15,7 %) несовершеннолетним. Показаниями для их назначения являлись нарушения поведения, агрессия, аутоагрессия, психомоторное возбуждение. Депакин хроно и депакин хроносфера назначались детям в возрасте от 3 лет в дозе 30 мг на килограмм массы тела. Побочных эффектов при назначении вальпроатов не было установлено. Анализ клинических проявлений выявил положительную динамику в большинстве случаев (7 – 77,7 %), 33,3 % пациентов продемонстрировали отсутствие динамики.

Проведенное исследование эффективности медикаментозной терапии у взрослых больных РАС выявило следующие закономерности (табл. 50). В группе взрослых пациентов лекарственные препараты получали 29 чел. (65,9 %), из них нейролептическую терапию – 20 чел. (45,4 %).

Таблица 50 Анализ динамики у взрослых с РАС при назначении нейролептиков

Препарат	Положительная	Отрицательная	Без динамики	Всего
	динамика	динамика		
Рисперидон	7 (87,5 %)	1 (12,5 %)	1 (12,5 %)	8 (100 %)
Кветиапин	7 (77,7 %)	2 (22,2 %)	-	9 (100 %)
Галоперидол	5 (100 %)	-	-	5 (100 %)
Неулептил	8 (72,7 %)	-	3 (27,2 %)	11 (100 %)
Хлорпротиксен	6 (75,0 %)	-	2 (24 %)	8 (100 %)

Среди них медикаментозная терапия с детского возраста была назначена 21 (72,4 %) больному. 11 пациентам медикаментозная терапия впервые была назначена после 18 лет (25,0 %), в том числе 3 (6,8 %) из этих больных впервые стали получать нейролептические препараты. Показаниями для их назначения впервые во взрослом возрасте чаще всего служило нарастание негативной симптоматики — усугубляющаяся аутизация, редукция навыков самообслуживания (табл. 50).

Основными нейролептическими препаратами, применяющимися у взрослых пациентов, являются рисперидон, кветиапин, галоперидол, неулептил (перфеназин), хлорпротиксен. В разный период времени пациенты получали лечение разными нейролептиками в зависимости от показаний. В настоящее время терапия нейролептиками проводится больным со следующими диагнозами: шизофрения — 21 пациент, 1 больной с аутистическим синдромом в рамках умственной отсталости. В качестве нормотимика 3 пациентов (6,8 %) получают препараты вальпроевой кислоты. Показаниями для назначения нейролептической терапии взрослым пациентам являются аффективные нарушения в виде приступов психомоторной расторможенности, неконтролируемой агрессии, аутоагрессии, а также нарушения в виде негативной симптоматики, проявляющейся нарастающей аутизацией, эмоциональным оскуднением.

Терапию рисперидоном получают 8 пациентов (36,6 %) в возрасте 18–36 лет. Показаниями к назначению служили приступы психомоторной расторможенности, агрессии и аутоагрессии. Доза препарата составляла 2—10 мг в сутки. Анализ полученных дан-

ных показал значительное преобладание больных с положительной динамикой среди принимавших рисполепт (87,5 %) (p<0,001). У 1 больного на фоне приема препарата состояние ухудшилось, у 1 пациента состояние оставалось без динамики (по 12,5 %).

Основными побочными эффектами при приеме рисперидона являлись дневная сонливость, вялость, апатия, отмечавшиеся у 4 пациентов (50,0 %), у 3 (37,5 %) из них побочные эффекты были нейтрализованы путем снижения дозы. У 1 пациента (12,5 %) препарат был заменен на другой нейролептик. У остальных 50,0 % пациентов побочных эффектов на фоне приема рисперидона не наблюдалось (табл. 51).

Таблица 51 **Анализ побочных эффектов у взрослых с РАС** на фоне приема нейролептиков

Побочный эффект	Препарат				
	Неулеп-	Риспо-	Кветиа-	Галопе-	Хлорпро-
	ТИЛ	лепт	ПИН	ридол	тиксен
Экстрапирамидные нарушения	-	-	-	4(80 %)	3(37,5 %)
Сонливость, вялость	5 (45,4 %)	4 (50 %)	5 (55,5 %)	•	-
Прибавка массы тела	-	1	3 (33,3 %)	1	-
Диспептические расстройства	3 (27,2 %)	1	-	1	-
Нарушения мочеиспускания	2 (18 %)	1	-	1	-
Кожная сыпь	1 (9 %)	-	-	-	-
Нет побочных эффектов	-	4 (50 %)	1 (11,1 %)	1 (20 %)	5 (62,5 %)
Всего	11 (100%)	8 (100 %)	9 (100 %)	5 (100 %)	8 (100 %)

Нейролептик кветиапин получали 9 больных (40,0 %). Возраст больных - от 18 до 36 лет. Показаниями для назначения кветиапина служила негативная симптоматика в виде нарастающей аутизации, эмоциональной отстраненности (7 – 77,7 %). Реже кветиапин назначался при поведенческих нарушениях, выражающихся приступами психомоторного возбуждения (2 - 22,2 %). Препарат назначался в дозе от 200 до 600 мг в сутки. Положительная динамика на фоне его приема зафиксирована у 7 (77,7%) больных, состояние ухудшилось у 2 пациентов (22,2%). Побочными эффектами при приёме кветиапина являлись: прибавка массы тела – у 3 (33,3 %), дневная сонливость, вялость. слабость - у 5 (55.5 %). 2 больных с прибавкой массы тела продолжили прием препарата, так как был достигнут хороший терапевтический эффект; 1 больному препарат был заменен на другой нейролептик. Остальным пациентам побочные эффекты удалось нейтрализовать корректировкой дозы.

Галоперидол получали 5 пациентов (22,7 %). Возраст больных – от 36 до 43 лет. Показаниями для терапии галоперидолом служили приступы психомоторного возбуждения, неконтролируемые вспышки агрессии и аутоагрессии (4 – 80,0 %), нарастающая аутизация и эмоциональная отгороженность (5 – 100 %), выраженные моторные стереотипии (4 – 80,0 %). Препарат назначался в дозе от 15 до 30 мг в сутки. 1 (20,0 %) пациент получал инъекции галоперидола-деканоата 50 мг/мл, по 1 мл в/м, 1 раз в месяц. Положительная динамика на фоне приема препарата отмечена у всех 5 пациентов (100,0 %). Среди побочных эффектов преобладали экстрапирамидные нарушения (4 – 80,0 %) (р<0,001), которые хорошо купировались приемом антипаркинсонических средств.

Неулептил (перфенозин) назначался 11 пациентам (50,0 %) в возрасте от 18 до 43 лет. Показаниями для его назначения служили приступы психомоторного возбуждения (11 – 100 %), агрессия и аутоагрессия (7 – 63,6 %), выраженные моторные стереотипии (2 – 18,1 %). Препарат назначался в дозе от 8 до 20 мг в сутки. Положительная динамика отмечалась у 8 пациентов (72,7 %) (p<0,001). У 3 больных (27,2 %) отмечен недостаточный терапевтический эффект, в связи с чем были рекомендованы другие нейролептические препараты. При приеме неулептила все больные (100,0 %) отмечали присутствие побочных эффектов: дневная сонливость, вялость (5 – 45,4 %), запоры (3 – 27,2 %), затрудненное мочеиспускание (2 – 18,0 %), кожная сыпь (1 – 9,0 %). Побочные эффекты успешно корректировались путем снижения дозы препарата, за исключением больного, выявившего кожную сыпь. В данном случае препарат был заменен на другой нейролептик.

Хлорпротиксен назначался 8 пациентам из тех, кто проходил нейролептическую терапию (36,3 %). Возраст больных составлял от 25 до 43 лет. Показаниями для его назначения служили психомоторное возбуждение (7 - 87,5 %), агрессия (3 - 37,5 %). Препарат назначался в дозах от 200 до 600 мг в сутки. Положительная динамика наблюдалась у 6 больных (75,0 %.) У 2 больных (25,0 %) терапевтический эффект был недостаточным, поэтому препарат был заменен на другой нейролептик. Основными побочными эффектами при приеме хлорпротиксена явились акатизия, дистонические реакции (3 - 37,5 %). Путем коррекции дозы препарата и назначения антипаркинсонических средств побочные действия удалось нейтрализовать. Остальные 5 пациентов (62,5 %) не выявили побочных эффектов.

Препараты вальпроевой кислоты назначались 6 (13,6 %) взрослым больным. Показания для их назначения: нарушения поведения, агрессия, аутоагрессия, психомоторное возбуждение. Депакин хроно и депакин хроносфера назначались в дозе от 13 до 15 мг на кг массы тела. Единственным побочным эффектом при приеме вальпроатов была головная боль (1-16,6%). Анализ клинических проявлений установил положительную динамику в большинстве случаев (5-83,3%) (p<0,001). У 1 больного (16,6%) состояние оставалось без существенной динамики.

Таким образом, установлено, что лечение препаратами ней-ролептического ряда было показано 53 больным РАС (52,4 %).

Рисперидон был основным препаратом, назначавшимся несовершеннолетним и взрослым с РАС (32 из 53 получающих нейролептики — 60,3 из 100,0 %). Анализ подтвердил с высокой достоверностью более частое назначение рисперидона (р<0,001). Положительная динамика у несовершеннолетних чаще регистрировалась на фоне приема рисперидона и неулептила (75,0 %), что достоверно (р<0,01) чаще, чем при приеме сонапакса.

Проведенный анализ у взрослых, получавших нейролептическую терапию, не определил преимущества какого-либо из назначавшихся препаратов. На фоне приема нейролептиков положительная динамика наблюдалась у 75—100,0 % больных. Наибольшее число побочных эффектов у несовершеннолетних установлено при приеме неулептила (91,6 %) и рисперидона (87,2 %), что достоверно выше, чем при приеме сонапакса (10,0 %) (p<0,01). В группе взрослых, получавших нейролептики, наиболее высока частота побочных эффектов при приеме неулептила и галоперидола (91,6 и 80,0 %). Проведенный анализ подтвердил достоверность этих данных (p<0,01).

5.6. Эффективность госпитального этапа реабилитации больных расстройствами аутистического спектра

Катамнестическое прослеживание 101 больного с верифицированными диагнозами РАС позволило провести анализ госпитального этапа реабилитации. Установлены частота госпитализаций, их длительность и эффективность, средний возраст первой госпитализации. Из 101 вошедшего в исследование стационарное лечение проходил 31 чел. (30,6 %), в том числе 20 взрослых пациентов и 11 несовершеннолетних (19,8 и 10,8 %) (рис. 25).

Среди этих больных 24 были госпитализированы в стационар с круглосуточным типом пребывания, 7 проходили лечение в стационаре дневного пребывания (77,4 и 22,5 %). Достоверно установлено преобладание больных с госпитализацией в стационары круглосуточного пребывания (p<0,001).



Стационар с круглосуточным типом пребывания

Рис. 25. Анализ типа стационарного лечения пациентов с РАС

При этом среди взрослых было 19 госпитализированных в стационар с круглосуточным пребыванием, среди несовершеннолетних – 5. Из 7 госпитализированных в стационар дневного пребывания было 6 несовершеннолетних и 1 взрослый (табл. 52).

Таблица 52 Оценка частоты госпитализаций у больных с РАС

Число госпитализаций	Взрослые	Несовершеннолетние
Одна	2 (10,0 %)	9 (81,8 %)
Две	5 (25,0 %)	1 (9 %)
Три и более	13 (65 %)	1 (9 %)
Всего	20 (100,0 %)	11 (100,0 %)

Данные таблицы 52 демонстрируют, что число взрослых больных, проходивших стационарное лечение, составило 20 человек. Из них по 1 госпитализации было у 2 (10,0 %) пациентов, по 2 – у 5 (25,0 %), у 13 (65 %) больных зафиксировано по 3 и более госпитализаций. Таким образом, можно отметить преобладание среди взрослых больных, у которых число госпитализаций превышало 3. Проведенный анализ подтвердил достоверность этих данных (р<0,01).

Из 11 несовершеннолетних, проходивших стационарное лечение, по 1 госпитализации было у 9 (81,8 %), 2 госпитализации – у 1 ребенка, 1 ребенок госпитализировался более 3 раз (9,0 %). Эти данные с высокой достоверностью указывают на преобладание среди несовершеннолетних лиц с однократной госпитали-

зацией (p<0,001). Длительность лечения в стационаре круглосуточного пребывания составила для взрослых от 28 до 116 дней, для детей — от 17 до 49 дней. Пребывание взрослых больных в стационаре дневного пребывания колеблется от 14 до 28 дней, детей — от 7 до 23 дней.

Показаниями для госпитализации взрослых больных (табл. 53) служили нарастающая аутизация (18 — 90,0 %), погруженность в свои переживания (18 — 90,0 %), снижение способности к самообслуживанию (16 — 80,0 %). Галлюцинации, в основном слуховые, возникали у 5 больных (25,0 %), приступы психомоторного возбуждения — у 8 чел. (40,0 %), потеря интересов была характерна для 19 пациентов (95,0 %). Проведенный анализ установил преобладание таких показаний для госпитализации, как нарастание аутизации, погруженность в собственные переживания и снижение способности к самообслуживанию в сравнении с другими клиническими проявлениями (р<0,001).

Таблица 53 Показания для стационарного лечения больных с РАС

Клинические проявления	Взрослые	Дети
Нарастание аутизации	18 (90,0 %)	7 (63,6 %)
Погруженность в собственные переживания	18 (90,0 %)	-
Снижение способностей к самообслуживанию	16 (80,0 %)	-
Галлюцинации	5 (25,0 %)	-
Потеря интереса к прежним увлечениям	19 (95,0 %)	-
Психомоторное возбуждение	8 (40,0 %)	10 (90,9 %)
Агрессия и аутоагрессия	-	7 (63,6 %)
Bcero	20 (100,0 %)	11 (100,0 %)

В группе несовершеннолетних показаниями для госпитализации служили поведенческие нарушения, агрессия и аутоагрессия (7 – 63,6 %), приступы психомоторного возбуждения (10 – 90,9 %), нарастание аутизации (7 – 63,6 %). Установлено достоверное преобладание психомоторного возбуждения в сравнении с другими клиническими проявлениями (p<0,01) (табл. 54).

Таблица 54 Динамика клинических проявлений РАС в результате стационарного лечения

Динамика	Взрослые	Несовершеннолетние
Положительная	17 (85 %)	4 (36,3 %)
Отрицательная	-	4 (36,3 %)
Без динамики	3 (15,0 %)	3 (27,2 %)
Всего	20 (100,0 %)	11 (100,0 %)

Положительная динамика в результате стационарного лечения отмечается у 17 (85 %) взрослых и 4 (36,3 %) несовершеннолетних больных. У 3 (15,0 %) взрослых и 3 (26,2 %) несовершеннолетних после стационарного лечения состояние оставалось без существенной динамики, у 3 детей (27,2 %) отмечалась отрицательная динамика.

Таким образом, проведенный анализ демонстрирует преобладание больных с положительной динамикой в группе взрослых (85 %) и примерно равное соотношение больных с положительной динамикой, без динамики и с отрицательной динамикой (соответственно 36,3 и 36,3 и 27,2 %) в группе несовершеннолетних с высокой достоверностью (p<0,001).

5.7. Алгоритм оказания специализированной помощи больным расстройствами аутистического спектра

В связи с ростом числа больных РАС в Российской Федерации, недостаточным количеством специализированных учреждений, направленных на оказание помощи настоящей категории больных, принимая во внимание прямую корреляцию между своевременной, проводящейся в течение длительного времени психолого-педагогической коррекции и социальной адаптации больных РАС, возникла необходимость в разработке системы комплексной медико-психологической реабилитации. Реабилитация должна быть многоэтапной, применяться в зависимости от особенностей клинического варианта РАС и знания биологических, конституциональных и социально-экономических факторов, действующих на конкретного пациента, что подразумевает индивидуально-личностный подход. Реабилитационные программы должны включать этапы поликлинической и стационарной помощи с использованием фармакотерапии, обязательным подключением на ранних возрастных этапах психологопедагогических методов коррекции с привлечением семьи пациента. Активное участие в реабилитационных процессах социальных служб представляется необходимым.

На основании установленных в ходе проведенного исследования данных нами разработан и внедрен алгоритм помощи больным РАС, включающий 5 последовательных этапов (рис. 26).

140

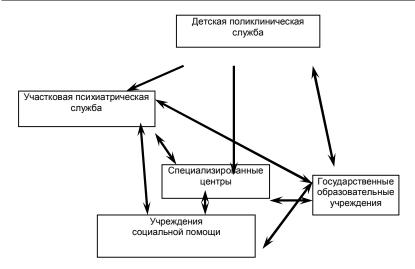


Рис. 26. Функциональная модель комплексной помощи больным РАС

Первый этап проводится на базе участковых детских поликлиник в рамках амбулаторного приема. Настоящий этап помощи больным РАС включает специалистов первого звена, у которых ребенок наблюдается с периода новорожденности: участковые педиатры, неврологи. На этом этапе необходимо взаимодействие с детскими психологами, к которым чаще всего при проявлении первых признаков заболевания попадают больные РАС. Задачей первого этапа является предварительная диагностика РАС. Необходимы следующие требования к специалистам данного звена: высокий профессиональный уровень, включающий возможность первичной диагностики РАС. В деятельность специалистов первого этапа входят: постановка предварительного диагноза, первичная информационная работа с родителями, направление к участковому психиатру или в специализированные центры. Необходима преемственность с участковой психиатрической службой – проведение совместных совещаний, конференций, семинаров по проблемам аутизма.

Второй этап проводится на базе учреждений участковой психиатрической службы в форме амбулаторного приема. На данном этапе с больным и его родителями взаимодействуют специалисты участковой психиатрической службы: врач-психиатр, медицинский психолог, врач-психотерапевт, логопед, дефектолог. В задачи этого этапа входят оказание диагностической, лечебной и коррекци-

онной помощи больным РАС, информационная работа с родителями. Необходимыми требованиями к специалистам данного звена являются высокий профессиональный уровень, включающий возможность постановки уточненного диагноза, назначения терапии, проведения психологических и психотерапевтических коррекционных мероприятий. Деятельность настоящего этапа включает постановку уточненного диагноза, назначение медикаментозной терапии, проведение психотерапевтической, психологической, логопедической коррекции, информационная работа с родителями, направление в специализированные центры. Необходима преемственность с педиатрической службой, неврологами, специализированными центрами, образовательными учреждениями, социальными службами.

Третий этал включает специализированные центры, ориентированные на реабилитацию больных РАС в форме амбулаторной и стационарной помощи. Помощь пациентам с РАС осуществляют врачи психиатры и психотерапевты, прошедшие специальную подготовку в области РАС, клинические и детские психологи, педагоги-психологи, врачи неврологи, дефектологи, логопед, социальные работники, при необходимости – подключение других специалистов. В задачи центра входит окончательная диагностика, назначение терапии, коррекция, реабилитация, разработка индивидуальных реабилитационных маршрутов, информационная, психопрофилактическая работа с родителями. Требования к специалистам: высокий узкоспециализированный профессиональный уровень. Деятельность центра включает уточнение диагноза, клинической формы и варианта течения заболевания, назначение медикаментозной коррекции, разработку и осуществление индивидуальных коррекционных и реабилитационных программ, в том числе и психотерапию в групповой и индивидуальной формах. Коррекционная и реабилитационная работа со взрослыми с последствиями аутизма, информационная и коррекционная работа с родителями пациентов. Коррекционная работа с родителями направлена на вовлечение их в коррекционный процесс ребенка и на снятие хронического стрессового напряжения, связанного с болезнью ребенка, повышение его адаптивных способностей. На базе специализированных центров проходят обучающие семинары, конференции, тренинги для специалистов: психиатров, психотерапевтов, неврологов, психологов, педиатров, логопедов. Преемственность осуществляется с участковыми педиатрическими и психиатрическими службами, органами социальной помощи.

Четвертый этап проводится на базе государственных образовательных и воспитательных учреждений (детские сады, школы). Специалистами настоящего этапа являются педагоги, воспитатели, педагоги-психологи. Основным требованием к специалистам является специальная подготовка в области работы с детьми с нарушениями развития. В задачи входит обеспечение оптимальных условий обучения и воспитания для больных РАС. Деятельность настоящего этапа включает осуществление учебного и воспитательного процессов, создание оптимальных условий для взаимодействия ребенка со здоровыми сверстниками. Осуществляется непосредственное взаимодействие с участковой психиатрической службой, органами социальной помощи.

Пятый этап осуществляется на базе учреждений социального обеспечения и реализуется социальными работниками, социальными психологами. Требования к специалистам включают наличие соответствующей квалификации, понимание особенностей состояния данной категории граждан. Задачи пятого этапа: обеспечение социальной поддержки больных РАС и их семей. Деятельность, осуществляемая специалистами, состоит из проведения необходимого ухода, помощи в трудоустройстве взрослых пациентов, а также предполагает создание социальных центров, клубов общения для этой категории больных.

Таким образом, проведенный нами анализ реабилитации РАС позволил установить, что:

- необходимое условием в формировании положительной динамики и благоприятного прогноза проведение с больными РАС психолого-педагогической коррекции и психотерапевтической реабилитации, её раннее начало, регулярность и длительность;
- важной составляющей благоприятного прогноза является вовлеченность родителей в коррекционное взаимодействие;
- для медикаментозной терапии PAC наиболее оптимальным является назначение атипичных нейролептиков;
- стационарное лечение чаще применяется в отношении взрослых с последствиями аутизма. Несовершеннолетние с РАС госпитализируются реже. Госпитализация более эффективна для взрослых больных;
- успешная реабилитация больных РАС возможна при создании комплексной медико-психолого-педагогической структуры помощи, основанной на преемственности специалистов, принимающих участие в реабилитации и одновременной работе с пациентом нескольких специалистов разных направлений.

Заключение

Человек есть центр и цель своей жизни... развитие своей личности, реализация всего внутреннего потенциала есть наивысшая цель, которая просто не может меняться или зависеть от других якобы высших целей

Э. Фромм

В 40-х гг. прошлого века Лео Каннером впервые была введена концепция детского аутизма (Каnner L., 1943). Практически в одно время с Каннером Ганс Аспергер (1943) и С. С. Мнухин (1947) независимо друг от друга описали разные клинические варианты детского аутизма. С тех пор в психиатрии появилось определение раннего детского аутизма, описывающее особые состояния ребенка, характеризующиеся врожденной недостаточностью в установлении аффективного контакта с людьми. В более широком смысле аутизм рассматривается не только как нарушение контакта с окружающими, но и как общий отрыв от реальности с неспособностью правильной оценки окружающей действительности. В отечественной психиатрии более детальное исследование детского аутизма и разработка его клинической классификации были проведены В. М. Башиной (1999).

В настоящее время принято выделять 2 основных варианта детского аутизма – классический аутизм Каннера и варианты аутизма, относящиеся к расстройствам аутистического спектра разной этиологии. Настоящие расстройства носят первазивный – всепроникающий характер, но могут не иметь полного набора диагностических критериев, характерных для классического аутизма Каннера.

В отечественной и зарубежной психиатрии господствует мнение о полиэтиологии детского аутизма. Подчеркивается необходимость объединения в понятии «детский аутизм» его множественных вариантов и одновременно четкой клинической дифференциации. На сегодняшний день совершенно очевидно, что разные этиологические факторы могут вносить индивидуальные черты в формирование клинических форм РАС и существенно влиять на их течение и прогноз. Представляет интерес роль биологических, конституциональных и микросоциальных факторов в формировании разных вариантов детского аутизма.

В настоящее время большое значение уделяется медикаментозной и психолого-педагогической коррекции РАС, поскольку данные расстройства в большинстве случаев являются инвалидизирующими и приводят к социальной дезадаптации больных.

Медикаментозная коррекция в основном направлена на купирование позитивной симптоматики и на активизацию когнитивных функций, в то время как психолого-педагогическая коррекция призвана устранять или максимально сглаживать патологические проявления в коммуникативной, поведенческой и игровой сферах. Важным моментом психолого-педагогической коррекции является вовлечение членов семьи больного в коррекционное взаимодействие. Цель комплексной реабилитации больных РАС состоит в том, чтобы максимально адаптировать ребенка к жизни в социуме. Эффективность реабилитационных мероприятий, как правило, зависит от ряда биологических, конституциональных и социально-биологических факторов.

РАС свойственны многообразие клинических проявлений и широкая вариабельность с течением возраста. Особенности возрастной динамики РАС представляют несомненный интерес. В связи с редуцированием части патологической симптоматики к подростковому возрасту на первый план выступают нарушения в коммуникативной сфере и, как следствие, происходит нарастание социальной дезадаптации. Даже при отсутствии интеллектуальных нарушений больные зачастую не могут применить на практике полученное образование, найти работу, создать семью. Многие из них нуждаются в психолого-педагогическом сопровождении на протяжении всей жизни.

Таким образом, недостаточная проработанность проблемы и её высокая медико-социальная значимость определяют актуальность настоящего исследования. Знание факторов, оказывающих влияние на формирование, течение и прогноз РАС, позволит создавать новые формы оказания помощи аутичным детям и взрослым с последствиями аутизма.

Нами проведено изучение распространенности РАС в Советском районе Новосибирска за период с 1975 по 2009 г. *Объектом* исследования были дети с РАС и взрослые с последствиями аутизма, состоящие на диспансерном и консультативном учете в психоневрологическом отделении МБУЗ Консультативнодиагностической поликлиники № 2 Советского района Новосибирска. Кроме того, были проанализированы сведения о больных, снятых с консультативного или диспансерного учета МБУЗ КДП № 2 за указанный период времени. Проведена эпидемиологическая характеристика РАС в Советском районе Новосибирска путем сплошного (безвыборочного) исследования всех случаев РАС у несовершеннолетних и взрослых с последствиями аутизма.

МБУЗ Консультативно-диагностическая поликлиника Советского района Новосибирска № 2 — единственное учреждение в районе, где оказывается психиатрическая помощь взрослому и детскому населению района. *Предметом* анализа была медицинская документация — амбулаторные карты, в том числе архивные, протоколы заседаний комиссий МСЭ, ПМПК, характеристики с места учебы. Изучены клинические особенности РАС в детском и взрослом возрастах. Проведена оценка эффективности реабилитационных мероприятий с учетом современных научных взглядов на проблему РАС.

В работе использованы следующие *методы*: клиникодинамический, клинико-катамнестический, экспериментальнопсихологический, клинико-генеалогический, методы медицинской статистики.

Для дифференциации форм РАС, оценки клинического состояния использовался метод клинического наблюдения с применением диагностических критериев МКБ-10. Результаты исследования обработаны с помощью методов математической статистики с целью установления статистической достоверности сравниваемых величин.

В исследование вошел 101 пациент с РАС в возрасте от 3 до 43 лет. За период с 2002 по 2009 г. по учтенной болезненности выявлен рост РАС. Интенсивный показатель распространенности РАС в 2009 г. в сравнении с 2002 г. увеличился в 3 раза (увеличение с 6,6 до 22,6 на 10 000 детского населения). Показано, что интенсивный рост РАС характерен только для детской популяции Советского района Новосибирска. На территории Советского района Новосибирска с 1957 г. располагается Академгородок, являющийся местом сосредоточения научноисследовательских институтов, научных центров, исследовательских лабораторий, образовательных учреждений (Новосибирский государственный университет, Физико-математическая школа), специализирующихся в таких областях науки, как физика, математика, программирование, точные технологии. В связи с чем в Советский район с 50-х гг. ХХ в. происходит миграция людей определенного личностного склада, имеющих неординарные способности к точным наукам, что часто бывает связано с наличием личностных особенностей, характерных для шизоидного типа. Среди больных, вошедших в исследование, преобладали лица мужского пола (80 мужчин и 21 женщина). Таким образом, соотношение мужчин и женщин составило 4.6:1. Средний возраст первого обращения за психиатрической помощью составил 6.4 ± 0.5 года. Максимальная выявляемость РАС пришлась на возраст от 5 до 10 лет. Обратившихся за психиатрической помощью до 5-летнего возраста было 13 (12,8 %), в возрасте от 5 до 10 лет -68 (67,4 %), от 10 до 15 лет -18 (17,2 %), в возрасте от 15 до 18 лет -2 (1,9 %).

Анализ показал определенную распространенность психических заболеваний среди родителей и родственников исследуемого контингента. Установлено, что родители и сибсы лиц с РАС страдали различными психическими расстройствами в 50,5 % случаев (от общего количества родственников с психическими расстройствами). Не установлено достоверной разницы в преобладании психических заболеваний между матерями и отцами исследуемого контингента. Анализ полученных данных свидетельствует, что заболевания эндогенного спектра достоверно (р<0.05) преобладают. Родственники отца показывают преобладание таких заболеваний, как шизофрения и алкоголизм, по сравнению с родственниками матерей. Среди заболевших из прародительских семей отцов преобладают мужчины (82,6 %). Среди родственников матери доминируют алкоголизм и рекуррентное депрессивное расстройство. Среди заболевших родственников матери нет достоверно подтвержденного преобладания мужчин или женщин.

Анализ личностных индивидуально-типологических особенностей родителей и родственников больных РАС выявил большое число лиц с шизоидными чертами. Установлено, что у большинства исследуемых среди родителей или родственников присутствовали лица с шизоидными чертами, среди которых преобладают лица мужского пола.

В результате анализа анамнестических данных установлен высокий процент патологии беременности и родов у матерей исследуемого контингента (68,3 %). Патология беременности представлена внутриматочной инфекцией, угрозой невынашивания, фетоплацентарной недостаточностью, нефропатией. Установлена прямая корреляция между отягощенным акушерским анамнезом у матери и тяжестью РАС у детей. Выявлена прямая корреляция между тяжестью патологии беременности у матери и тяжестью РАС у детей. Предположение о соотношении степени тяжести патологии родов у матери и тяжестью РАС у детей не нашло статистического подтверждения.

Анализ анамнестических данных показал, что большинство несовершеннолетних с РАС (71,0 %) имеют неврологическую патологию, большая часть которой (86,1 %) представлена энцефалопатией. Установлено, что церебральная ишемия, как повреждающий фактор, встречается значительно чаще, чем другие патогенетические факторы, и является основной причиной поражения ЦНС у исследуемого контингента. Установлена корреляция тяжести поражения ЦНС с тяжестью РАС.

18,0 % исследуемых имеют сопутствующие хронические заболевания с преобладанием заболеваний желудочно-кишечного тракта. Проведенный анализ доказывает, что присутствие у больного хронического заболевания из числа не входящих в разряд психиатрических не влияет на формирование РАС и тяжесть его проявлений, но является значимым дезадаптирующим фактором.

Исследование возраста родителей на момент рождения ребенка показало, что большинство отцов относились к периоду средней и поздней взрослости (35,6 и 24,7 %) (по классификации Д. Бромлея). Возраст большинства матерей (71,2 %) относился к периоду средней взрослости. Большая часть несовершеннолетних родилась от родителей, чей возраст на момент рождения ребенка превышал 25 лет.

Проведенный статистический анализ показал, что образовательный уровень родителей исследуемого контингента в большинстве случаев представлен высшим образованием (71,2 % отцов и 63,3 % матерей). Среди отцов установлено достоверное преобладание лиц с образованием и профессиональной деятельностью в области физики, математики и программирования. Матери детей с РАС, вошедших в исследование, предпочитают профессиональную деятельность в сфере гуманитарных наук.

При анализе структуры и материального уровня семей больных РАС выявлено преобладание полных семей (62,0 %) с благоприятной психологической обстановкой. Подавляющее число семей с неблагоприятным психологическим климатом составили неполные семьи, состоящие из матери и ребенка.

В ходе исследования выяснилось, что основной причиной неблагоприятной психологической обстановки в полных семьях стали напряженные отношения между родителями, их алкоголизация, употребление наркотических веществ одним или обоими родителями, отсутствие работы, низкий материальный уровень семьи, отсутствие поддержки со стороны социальных служб.

Причинами неблагоприятной психологической обстановки в неполных семьях служили хроническая стрессовая ситуация, связанная с болезнью ребенка, отсутствие комплексной реабилитационной помощи ребенку, физическое и моральное перенапряжение матери, отсутствие поддержки со стороны родственников и социальных служб, низкий материальный уровень. Следует отметить, что наличие у ребенка хронического заболевания с серьезным прогнозом уже само по себе является сильнейшим стрессовым фактором, оказывающим мощное депривационное воздействие на родителей.

Установлено, что психологическая обстановка в семьях напрямую коррелирует с динамикой РАС. При изучении распределения в семьях с благоприятным и неблагоприятным моральным климатом несовершеннолетних с тяжелыми, умеренными и легкими проявлениями РАС выявлено достоверное преобладание лиц с положительной динамикой в семьях с благоприятной психологической обстановкой.

Изучение материального уровня семей показало, что большинство из них имели средний уровень материального достатка (48,5 %), меньше отмечалось семей с низким (32,6 %) и с высоким (18,8 %) материальным уровнем. В результате проведенного анализа определено одинаковое процентное соотношение несовершеннолетних с тяжелым, умеренным и легким течением РАС во всех 3 группах (между ними нет достоверной разницы). Однако число больных с положительной динамикой достоверно выше (p<0,001) в семьях с высоким уровнем материального достатка. Опрос родителей из группы семей с высоким материальным уровнем показал, что в настоящих семьях имеется больше материальных возможностей для консультирования ребенка у различных специалистов, применения комплексных коррекционных методов. Родители этой группы хорошо осведомлены об особенностях заболевания ребенка и возможностях коррекции. Один из членов таких семей (чаще мать) не работает, имеет наемных помощников по хозяйству, что позволяет освободить время для занятий с ребенком. Практически у всех несовершеннолетних в настоящих семьях есть няня, дети занимаются с частными педагогами, психологами, дефектологами. Хорошая материальная база позволяет приобретать интересующую литературу, проводить курсы лечения в центрах, занимающихся проблемами аутизма в других городах и за рубежом, оплачивать услуги специалистов, занимающихся с ребенком на дому.

Получены сведения о пребывании больных в коллективе здоровых сверстников и действии настоящего фактора на динамику заболевания. Регулярно и длительно (на протяжении нескольких лет) в коллективе здоровых сверстников находилось 50,4 % обследованных. Достоверно установлено, что психологическая обстановка в коллективе существенно влияет на динамику РАС. Среди пациентов, находившихся в коллективе с доброжелательной психологической обстановкой, у 74,1 % наблюдалась положительная динамика, у 25,8 % — отрицательная. Число больных с положительной динамикой в группе с неблагоприятной психологической обстановкой достоверно (р<0,05) ниже (25,0 %). Отрицательная динамика в группе с неблагоприятной психологической обстановкой достоверно (р<0,05) превышает таковую в группе с доброжелательным психологическим климатом.

Проведен анализ биологических и психологических стрессовых факторов, имеющих место у больных непосредственно перед возникновением первых клинических проявлений заболевания. В группу биологических стрессоров вошли получение ЧМТ, перенесенная нейроинфекция и заболевание головного мозга (арахноидит и энцефалит), оперативные вмешательства под общим наркозом, постановка прививки АКДС. В группу психологических стрессоров вошли развод родителей, рождение сибса, перенесенный сильный испуг, сепарация от родителей.

Установлено, что в формировании РАС у части больных (28,7 %) провоцирующим фактором явилось воздействие психологического или биологического стрессора. На тяжесть РАС непосредственное влияние оказывают биологические стрессовые факторы, имеющие поражающее действие на головной мозг.

В связи с отсутствием в МКБ-10 рубрики, классифицирующей аутизм у взрослых, имеется тенденция перевода больных по достижении ими 18-летия в другие диагностические группы. Проведенный анализ динамики перевода больных в другие диагностические группы показал, что в большинстве случаев больные с синдромом Аспергера переходят в диагностические группы шизоидного и шизотипического расстройств. У больных детским аутизмом диагноз чаще всего меняется на диагноз шизофрении. Взрослые больные, имевшие в детском возрасте диагноз атипичного аутизма, достоверно чаще переводятся в диагностические группы умственной отсталости и шизофрении. Установлено, что на перевод больного в диагностические группы заболеваний с более тяжелым или благоприятным прогнозом могут

оказывать влияние биологические, конституциональные и социально-экономические факторы. Нарушения социального взаимодействия на момент проведения исследования выявляли как несовершеннолетние с РАС, так и взрослые с последствиями аутизма. Однако наиболее высокий уровень социальной дезадаптации установлен у больных дошкольного возраста и после 17 лет. Пациенты этого возраста наименее активно вовлекаются в социальное взаимодействие. В группе несовершеннолетних 50.0 % пациентов не посещают детские дошкольные учреждения. Из них 37,5 % не смогли адаптироваться в дошкольных учреждениях. Среди несовершеннолетних школьного возраста социально дезадаптированы 19,5 %. Относительно большой процент занимают дети, обучающиеся в общеобразовательных школах по общей и индивидуальной программам (60,9 %). 12,1 % несовершеннолетних обучается в специализированной коррекционной школе.

Анализ клинических форм РАС показал преобладание у несовершеннолетних с РАС детского аутизма (54,3 %), у взрослых с последствиями аутизма – диагноза шизофрении (54,5 %).

Анализ клинических проявлений РАС показал, что на момент обращения за психиатрической помощью нарушения коммуникативной сфере выявляли 100 % исследуемых. Основными нарушениями коммуникации выступали отсутствие взгляда на лице собеседника (84,2 %), активное избегание взгляда «глаза в глаза» (73,6 %), патологическая реакция на контакт с незнакомыми людьми (75,0 %), отсутствие инициативы в общении (68,4 %).

Обнаружена тенденция к редукции части клинических проявлений к взрослому возрасту. В сфере коммуникации проявления патологической реакции на контакт с незнакомым человеком сохраняются у 25,0 % взрослых больных, избегают визуального контакта — 56,8 %, активно избегают взгляда — 27,0 %, индифферентны к общению — 27,2 %.

В аффективной сфере нарушения выявляли 100 % несовершеннолетних. Наиболее частыми были слабая эмоциональная откликаемость, отсутствие эмпатии, сохранявшиеся у 77,2 % взрослых. Дисфорические расстройства установлены у 77,1 % несовершеннолетних и 50,0 % взрослых больных. Проявления агрессивности у 59,6 % несовершеннолетних характеризуются тенденцией к редукции во взрослом возрасте (6,8 %). Аутоагрессия, свойственная 47,3 % несовершеннолетних, к взрослому возрасту сохранялась у 18,0 %.

Нарушения поведения у больных РАС характеризуются большим многообразием. Разные страхи у 92,9 % несовершеннолетних сохранялись к взрослому возрасту у 47,7 %. Для этого феномена характерно редуцирование одних страхов и возникновение других. Нарушение ритма «сон — бодрствование» характерно для 77,0 % несовершеннолетних и 38,6 % взрослых. Тенденцией к сохранению у большинства больных во взрослом возрасте обладают периодически возникающие «уходы в себя» с отрешенностью от окружающей действительности (59,6 % несовершеннолетних, 47,7 % взрослых), нарушения пищевого поведения (сохраняются у 100 %), симбиотическая привязанность к матери (21,0 % несовершеннолетних, 15,9 % взрослых), вычурные, необычные формы поведения (11,3% несовершеннолетних, 9,0 % взрослых). Ритуальные действия практически не поддаются редукции с течением времени, но приобретают более мягкие формы.

Установлено преобладание больных со снижением интеллекта среди взрослых (p<0,05). Этот факт можно расценивать как тенденцию к преобладанию среди несовершеннолетних более мягких вариантов PAC.

Нарушения речевого развития выявлены у 21,0 % несовершеннолетних и 15,9 % взрослых. При глубоком интеллектуальном недоразвитии отсутствие сформированной речи сохраняется с детского возраста на всю жизнь. Феномен речевых стереотипий выявлен у 87,7 % несовершеннолетних и у 36,6 % взрослых; различия высоко достоверны (р<0,001). Эхолалии отмечались у 64,9 % несовершеннолетних и 35,0 % взрослых, что достоверно (р<0,05) ниже, чем в детской группе.

В сфере моторики отмечена тенденция к редукции гипертонуса скелетной мускулатуры (у 19,2 % несовершеннолетних и у 9,0 % взрослых), различия показателей достоверны (р<0,05). Неукпюжесть, «марионеточность» движений, передвижение на «деревянных», негнущихся ногах, передвижение «на носочках» редуцируется в 100 % случаев. Достоверно реже у взрослых регистрируются нарушения в сфере тонкой моторики (у 85,9 % несовершеннолетних и у 25,0 % взрослых). Двигательные стереотипии зафиксированы у 52,6 % несовершеннолетних и у 18,0 % взрослых, разница показателей статистически высоко достоверна (р<0,001).

В процессе исследования выявлены характерные для несовершеннолетних больных РАС нарушения игровой деятельности. Ролевая игра отсутствует у 100 % исследуемых. «Очарованность» сенсорными раздражителями характерна для 78,9 %

несовершеннолетних. Различия показателей высоко достоверны (p<0,001), что свидетельствует о том, что «сенсорная» поглощенность, очарованность с возрастом снижается.

На основании изучения в течение 3 лет катамнестических данных о 101 пациенте с РАС проведена комплексная оценка реабилитации на разных этапах течения заболевания. Не вовлекались в психолого-педагогические реабилитационные процессы и получали только медикаментозное лечение 55.0 % больных. 45.0 % пациентов, наряду с медикаментозным лечением, получали психолого-педагогическую коррекцию. Достоверно (p<0.001) установлено преобладание больных с положительной динамикой среди пациентов, получавших психолого-педагогическую коррекцию. Больные, вовлекавшиеся в психолого-педагогическую коррекцию, имели возможность получать комплексную помощь в нескольких реабилитационных учреждениях, но преемственность между специалистами данных учреждений отсутствовала. Среди лиц. участвующих в психолого-педагогической коррекции, с высокой степенью достоверности (р<0,001) преобладали несовершеннолетние (62,3 % несовершеннолетних и 37,7 % взрослых).

В результате оценки эффективности психологопедагогической коррекции и психотерапевтической реабилитации установлена корреляция длительности и регулярности коррекции с динамикой состояния больных до 7-летнего возраста. Число больных с положительной динамикой достоверно (p<0,001) выше среди больных, задействованных в психологопедагогической коррекции более 5 лет и посещавших коррекционные занятия регулярно (не реже 2—3 раз в неделю).

Анализ социальной активности больных, участвовавших в психолого-педагогической коррекции, показал, что среди несовершеннолетних статистически достоверно (р<0,001) преобладают социально активные (82,2 %). Среди взрослых, задействованных в психотерапевтическое взаимодействие, на фоне проведения психолого-педагогической коррекции социально активны 87,5 % больных, что достоверно (р<0,001) превышало число больных, проявлявших минимальную социальную активность и пребывающих дома (12,5 %). После отмены коррекционных мероприятий социальную активность сохранили 12,5 % больных. Анализ представленных данных показал значительное (р<0,001) преобладание больных, пребывающих дома, проявляющих минимальную социальную активность, среди тех, кто прекратил психолого-педагогическую коррекцию.

Изучение роли родителей больных в реабилитационных процессах показало, что наибольший процент лиц с положительной динамикой (87,5 %) зафиксирован в семьях, где оба родителя вовлечены с коррекционный процесс. В семьях с участием в коррекции только 1 родителя установлено 50,0 % больных с положительной динамикой. В семьях, где родители не принимали участия в реабилитационном процессе, число пациентов с положительной динамикой достоверно (p<0,001) ниже – 28,5 %.

Анализ показал, что среди родителей больных РАС преобладают (69,8 %) лица, не имеющие достаточной информации о заболевании ребенка и особенностях реабилитации. Большинство опрошенных родителей отмечает неудовлетворенность объемом полученной информации от врачей психиатров, неврологов и других специалистов, работающих с ребенком, малодоступность литературы по данному вопросу. Часть родителей не обладает достаточной информацией о заболевании ребенка, возможностях его коррекции и реабилитации в связи с отсутствием интереса. 84 (41,7 %) родителя не заинтересованы в информации о возможностях психолого-педагогических коррекционных и реабилитационных мероприятий.

Исследование медикаментозной терапии больных РАС показало, что в группе несовершеннолетних в назначении медикаментозной коррекции нуждались 78,9 %, среди них нейролептическую терапию получали 61,1 %. В группе взрослых медикаментозную терапию получали 65,9 %, из них препараты нейролептического ряда назначались 45,4 %. Лечение препаратами нейролептического ряда было показано 53 больным РАС (52,4 %).

Основным препаратом, который назначался несовершеннолетним больным РАС и взрослым с последствиями аутизма являлся рисперидон — назначался 32 (60,3 %) из 53 (100 %) получающих нейролептики. Анализ подтвердил с высокой достоверностью более частое назначение рисперидона (p<0,001), который назначался подросткам в возрасте после 15 лет. Положительная динамика у несовершеннолетних чаще регистрировалась на фоне приема рисперидона и неулептила (75,0 %), что достоверно (p<0,01) чаще, чем при приеме сонапакса.

Проведенный анализ у взрослых, получавших нейролептическую терапию, не установил преимущества какого-либо из назначавшихся препаратов. На фоне приема нейролептиков положительная динамика наблюдалась у 75—100 % больных.

Наибольшее число побочных эффектов в группе несовершеннолетних установлено при приеме неулептила (91,6 %) и рисперидона (87,2 %); в группе взрослых – при приеме неулептила и галоперидола (91,6 и 80,0 %), что статистически достоверно (p<0,01).

Анализ катамнестических данных позволил произвести оценку госпитального этапа реабилитационных мероприятий у больных РАС. Из 101 вошедшего в исследование стационарное лечение прошли 31 чел. (30,6 %), в том числе 20 взрослых и 11 несовершеннолетних (19,8 и 10,8 %).

Среди типов стационарного лечения достоверно (p<0,001) выявлены госпитализации в стационар круглосуточного пребывания (77,4 %) и в стационар с дневным типом пребывания (22,5 %). Оценка частоты госпитализаций показала преобладание среди несовершеннолетних больных с однократными госпитализациями (81,8 %), среди взрослых – проходивших стационарное лечение 3 и более раз (65,0 %) (p<0,01). Длительность лечения в стационаре круглосуточного пребывания составила для взрослых от 28 до 116 дней, для несовершеннолетних – от 17 до 49 дней. Пребывание взрослых в стационаре дневного пребывания колеблется от 14 до 28 дней, несовершеннолетних – от 7 до 23 дней.

В группе несовершеннолетних показаниями для госпитализации служили поведенческие нарушения, агрессия и аутоагрессия (7 – 63,6 %), приступы психомоторного возбуждения (10 – 90,9 %), нарастание аутизации (7 – 63,6 %). Установлено достоверное преобладание психомоторного возбуждения в сравнении с другими клиническими проявлениями (p<0,01).

Проведенный анализ показаний для госпитализации среди взрослых установил преобладание таких симптомов, как нарастание аутизации, погруженность в собственные переживания, снижение способности к самообслуживанию при сопоставлении с другими клиническими проявлениями (p<0,001). На фоне стационарного лечения в группе взрослых преобладали лица с положительной динамикой (85,0 %); в группе несовершеннолетних с высокой достоверностью (p<0,001) выявлено примерно равное соотношение больных с положительной динамикой, без динамики, с отрицательной динамикой (36,3 и 36,3 и 27,2 %).

Очевидна необходимость оказания комплексной, многоэтапной и долговременной помощи больным РАС. Комплексная помощь должна включать амбулаторный и стационарный этапы, использование медикаментозной коррекции. Кроме того, необ-

ходимы использование длительной психолого-педагогической коррекции с ранним началом, работа с семьей пациента. Нами предложена схема комплексной поэтапной реабилитации для больных РАС, включающая работу с пациентом от этапа постановки предварительного диагноза до этапа психологического сопровождения во взрослом возрасте. Комплексная реабилитация предусматривает деятельность специалистов разного профиля – врачей, психологов, педагогов, социальных работников.

Первый этап проводится на базе участковых детских поликлиник в рамках амбулаторного приема, квалифицированными специалистами педиатром, детским психологом и включает постановку предварительного диагноза, первичную информационную работу с родителями, направление в специализированные центры или к детскому психиатру. Специалисты первичного звена должны обладать достаточными знаниями о РАС, о первых, малозаметных клинических проявлениях. Необходима преемственность между специалистами первичного звена и детской психиатрической службой, проведение совместных конференций, семинаров, совещаний по проблемам аутизма.

На втором этапе осуществляются постановка уточненного диагноза, назначение фармакотерапии, проведение психологопедагогической коррекции, логопедической коррекции, информационная работа с родителями, оформление инвалидности, направление в специализированные центры. На данном этапе
с больным и его семьей взаимодействуют врач психиатрпсихотерапевт, медицинский психолог, логопед, дефектолог, обладающие достаточной компетенцией в диагностике и терапии
РАС, регулярно повышающие уровень знаний в данном вопросе.
Необходима преемственность с педиатрической службой, неврологами, специализированными центрами, образовательными
учреждениями, социальными службами.

Третий этап проводится на базе специализированных центров, в амбулаторной и стационарной формах (стационар круглосуточного и дневного пребывания). Деятельность настоящего центра включает уточнение диагноза, клинической формы и варианта течения заболевания, назначение медикаментозной коррекции, разработку и осуществление индивидуальных коррекционных и реабилитационных программ, в том числе психотерапии в групповой и индивидуальной формах. Коррекционная и реабилитационная работа проводится с несовершеннолетними и взрослыми с последствиями аутизма. Осуществляется инфор-

мационная и коррекционная работа с родителями пациентов, направленная на вовлечение их в реабилитационный процесс, разработка индивидуального подхода к семье пациента с учетом личностных особенностей членов семей. Коррекция должна быть направлена на снятие хронического стрессового напряжения, связанного с болезнью ребенка, повышение адаптивных способностей родителей. Преемственность осуществляется с участковыми педиатрическими и психиатрическими службами, органами социальной помощи.

Четвертый этап включает специализированную образовательную помощь больным РАС. Проводится на базе государственных образовательных и воспитательных учреждений (школы, детские сады). Специалистами, взаимодействующими с больными, являются педагоги, воспитатели, педагоги-психологи, обладающие знаниями об особенностях психики несовершеннолетних с нарушениями психологического развития. В задачи входит обеспечение оптимальных условий обучения и воспитания для больных РАС. Деятельность этого этапа включает осуществление учебного и воспитательного процессов, создание оптимальных условий для взаимодействия ребенка со здоровыми сверстниками, основанное на знании особенностей заболевания несовершеннолетнего. Осуществляется непосредственное взаимодействие с участковой психиатрической службой, органами социальной помощи.

Пятый этап осуществляется на базе учреждений социальной поддержки, специалистами — социальными работниками, социальными психологами. В задачи пятого этапа входит обеспечение социальной поддержки больных РАС и их семей. Трудоустройство больных РАС требует специально созданных условий, организации рабочих мест с учетом особенностей заболевания. Деятельность, осуществляемая специалистами, состоит из проведения необходимого ухода, помощи в трудоустройстве взрослых пациентов, предполагает создание социальных центров, клубов общения, вектор деятельности которых направлен на расширение круга общения для людей с особенностями психического и психологического развития, оптимизацию социального функционирования и повышение качества жизни больных расстройствами аутистического спектра.

По результатам проведенного исследования сделаны выводы.

- 1. Клинико-эпидемиологический анализ на основе метода сплошного обследования больных РАС выявил достоверное увеличение интенсивных показателей по учтенной болезненности РАС с 2002 по 2009 г. в 3 раза (с 6,6 до 22,6 на 10 000 детского населения). Прирост больных происходит за счет лиц мужского пола (в группе несовершеннолетних соотношение мальчиков и девочек 4,6:1; в группе взрослых соотношение мужчин и женщин 3,6:1). Средний возраст первичного обращения за психиатрической помощью у больных РАС составил 6,4±0,5 года.
- 2. По распространенности нозологических форм у несовершеннолетних отмечается диагностирование детского аутизма (54,3 %), атипичного аутизма (15,7 %), синдрома Аспергера (29,8 %). У взрослых в 54,5 % случаев диагностируется шизофрения, в 25,0 % шизоидное расстройство, в 13,6 % шизотипическое расстройство, в 6,8 % умственная отсталость. Большая часть клинических проявлений РАС имеет тенденцию к редукции в взрослом возрасте. Наиболее устойчивы нарушения в коммуникативной сфере.
- 3. Анализ роли конституционально-биологических и микросоциальных факторов на формирование РАС и их влияния на прогноз заболевания выявил следующие закономерности.
- 3.1. Установлено, что большая часть матерей имела отягощенный акушерский анамнез, тяжесть патологии беременности напрямую коррелирует с тяжестью РАС, но не имеет специфичности (p<0,001).
- 3.2. Среди больных РАС высок процент пациентов с неврологической патологией (72,0 %). Тяжелое течение патологии ЦНС утяжеляет течение РАС. Основным повреждающим фактором при поражениях ЦНС является церебральная ишемия.
- 3.3. Сопутствующая патология больных РАС характеризуется достоверным преобладанием заболеваний желудочно-кишечного тракта, что является дополнительным дезадаптирующим фактором.
- 3.4. Обнаружена высокая распространенность психических расстройств в семьях больных РАС (78,0 %), в том числе заболеваниями эндогенного спектра (51,4 %). У родственников отцов достоверно чаще зафиксированы эндогенные заболевания, чем в прародительских семьях матерей (р<0,001). Лица с шизоидными чертами преобладали среди отцов и родственников отцов.

- 3.5. Родители больных РАС на момент рождения ребенка в большинстве были старше 25 лет. 71,2 % матерей относились к средней взрослости, 7,9 % матерей поздней взрослости. 35,6 % отцов относились к средней взрослости, 24,7 % к поздней взрослости. Среди родителей достоверно преобладали лица с высшим образованием (71,2 % отцов и 63,3 % матерей). Профессиональная принадлежность отцов выявила преобладание в сфере математики, физики и программирования (63,3 %).
- 4. У больных РАС установлен низкий уровень социальной адаптации. Необходимым условием для формирования положительной динамики и благоприятного прогноза у больных РАС является обязательное проведение регулярной психологопедагогической коррекции с ранним её началом (до 5-летнего возраста). Регулярное и длительное пребывание больных в коллективе здоровых сверстников способствует формированию благоприятного прогноза.
- 5. Прогноз РАС зависит от совокупности влияния биологических и микросоциальных факторов: тяжесть патологии беременности у матери напрямую коррелирует с тяжестью РАС у детей (р<0,001), тяжелое течение патологии ЦНС утяжеляет течение РАС и неблагоприятно влияет на прогноз. Наиболее неблагоприятное течение установлено у больных РАС, воспитывавшихся в неполных семьях с неблагополучной психологической обстановкой. Регулярное и длительное пребывание больных РАС в коллективе здоровых сверстников с благополучной психологической обстановкой позитивно отражается на динамике и прогнозе РАС.
- 6. Оптимизированы и внедрены мероприятия по групповой психотерапии больных РАС. Принятие во внимание при проведении психотерапевтического процесса клинических, конституционально-биологических и микросоциальных факторов повышает эффективность реабилитации. Длительная и регулярная психотерапевтическая работа с семьями пациентов позволяет снизить неблагоприятное влияние микросоциальных факторов. Вовлеченность родителей (особенно матерей) в коррекционный процесс является необходимым условием формирования положительной клинической и социальной динамики у больных РАС.
- 7. Создание Центра комплексной помощи больным РАС, являясь современной формой психиатрического сервиса, позволяет реализовать модель оказания комплексной, многоэтапной и долговременной медико-психолого-педагогической помощи.

С учетом выявленных в ходе исследования особенностей расстройств аутистического спектра (клинико-динамический, региональный и семейный аспекты), их факторов риска были сформулированы рекомендации по реабилитации больных РАС на разных этапах течения заболевания с алгоритмом оказания специализированной помощи.

- 1. Реабилитация больных РАС требует многоосевого комплексного подхода, включающего медикаментозную и психологопедагогическую коррекцию с началом до 5-летнего возраста, с регулярностью не реже 3 раз в неделю и длительностью не менее 5 лет. В ряде случаев психологическое сопровождение должно осуществляться на протяжении всей жизни пациента.
- 2. Просветительные, психокоррекционные приемы должны включать работу с родителями (особенно матерями) с целью вовлечения их в коррекционные процессы.
- 3. С целью повышения социальной адаптации пациентов с РАС требуется активное вовлечение их в социальное взаимодействие в дошкольный период и во взрослом возрасте.

Список использованной литературы

- Авдеева Н. Н. Особенности материнского отношения и привязанность ребенка к матери // Психологическая наука и образование. М.: МГППУ. 2006. № 2. С. 82—92.
- 2. *Аведисова А. С.* Новые проблемы психофармакотерапии. М. : ФГУ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского. 2005. 170 с.
- Агарков А. А., Скороходова Т. Ф., Погорелова Т. Ф. Принципы реабилитации психических расстройств у подростков допризывного возраста // Психическое здоровье детей и подростков (клиникоэпидемиологические и биологические аспекты): материалы межрегион. научно-практ. конф. – Томск, 2010.
- 4. Аксенов М. М., Семке В. Я., Ветлугина Т. П., Гуткевич Е. В., Головин О. Д., Невидимова Т. И., Языков К. Г. Онтогенетические, социально-психологические и превентативные аспекты изучения пограничных нервно-психических расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2003. № 3. С. 12—16.
- Ан Е. В., Ткаченко А. А. Экспериментальные методы диагностического исследования речевой деятельности при психических расстройствах // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 3. – С. 10—17.
- Аппе Ф. Введение в психологическую теорию аутизма / пер. с англ. Д. В. Ермолаева. – М.: Теревинф, 2006. – 216 с.
- 7. *Артемова Е. Э.* Особенности формирования просодики у дошкольников с речевыми нарушениями : автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2005.
- Архипова Е. Ф. Актуальные проблемы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии // Специальная психология. – 2005. – № 1 (3). – С. 60—69.
- 9. *Архипова Е. Ф., Семенова К. А.* Синдромы нарушений предречевого и речевого развития и их коррекция // Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом. М., 2008. С. 142—185.
- 10. *Аршатская О. С.* Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме // Дефектология. 2005. № 2. С. 46—56.
- 11. *Аршатская О. С.* Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. М., 2005.
- 12. Ахутина Т. В., Пылаева Н. М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. СПб. : Питер, 2008. 320 с.

- 13. Баенская Е. Р. Нарушение аффективного развития ребенка в раннем возрасте как условие формирования детского аутизма : автореф. дис. ... д-ра психолог. наук. М., 2008.
- Баранов В. С. Ранняя диагностика наследственных болезней в России // Международные медицинские обзоры. 1994. № 2 (4). С. 236—243.
- 15. Бардышевская М. К., Цуканова Е. А. Анализ симбиотической привязанности у ребенка с тотальным мутизмом // Московский психотерапевтический журнал. 2007. № 1. С. 71—99.
- 16. *Батаршев А. В.* Диагностика способности к общению. СПб. : Питер, 2006. 176 с.
- 17. *Башина В. М.* Ранний детский аутизм // Исцеление. М., 1993. С. 154—165.
- 18. *Башина В. М.* Аутизм в детстве. М. : Медицина, 1999. 240 с.
- Башина В. М., Горбачевская Н. Л., Клюшник Т. П. Возрастной фактор в патогенезе инфантильного аутистического психоза (биологические маркеры критических периодов онтогенеза и их связь с психическими расстройствами) // Исцеление. М., 1995. Т. 2. С. 440—444.
- 20. Башина В. М., Козлова И. А., Клюшник Т. П. и др. Повышение уровня антител в сыворотке крови детей, больных шизофренией // Журн. неврологии и психиатрии. 1997. Вып. 1. С. 47—50.
- 21. *Башина В. М., Пивоварова Г. Н.* Синдром аутизма у детей // Журн. невропатологии и психиатрии. 1970. Вып. 6. С. 941—943.
- 22. Башина В. М., Симашкова Н. В. К особенностям некоторых форм аномального поведения у детей в круге шизофренических дизонтогений // Нарушения поведения у детей и подростков : тр. Московского НИИ психиатрии и Ленинградского НИ неврологического ин-та им. Бехтерева. М., 1981. С. 89—93.
- 23. *Беттельхейм Б.* Пустая крепость. Детский аутизм. Рождение Я. М.: Традиция, 2004. 784 с.
- 24. Болезни детей раннего возраста : руководство для врачей / под ред. Р. Р. Шиляева. М. : «МЕДпрессс-информ», 2002. С. 267—271.
- 25. Вагина В. Н., Гавриленко Л. Н., Кологривова И. С. Структура речевых нарушений у пациентов детского дневного стационара // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты): материалы межрегион. научно-практ. конф. Томск, 2010.

- 26. Вандыш-Бубко В. В., Григоров А. А. Дифицитарные органические психические расстройства (систематика, принципы экспертной деятельности): аналитический обзор. М.: ФГУ «ГНЦ ССП Росздрава», 2008. 36 с.
- 27. Варанкова Л. В. Клинико-динамическая характеристика и реабилитация больных, страдающих ранним детским аутизмом (по материалам Томской области) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2004. 24 с.
- Варанкова Л. В. Дифференцированный подход к диагностике аутистических расстройств // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты): материалы межрегион. научно-практ. конф. Томск, 2010.
- 29. Вартанян М. Э. Проблемы причинности в психиатрии (генетический и экологический аспекты) // Журн. невропатологии и психиатрии. 1970. Вып. 1. С. 3—11.
- 30. *Веденина М. Ю., Костин И. А.* Опыт использования облегченной коммуникации со взрослым аутичным пациентом // Дефектология. 2003. № 6.
- 31. Вельтищев Д. Ю. Расстройства личности // Психиатрия: Справочник практического врача / под ред. А. Ф. Гофмана. М.: МЕДпрессинформ, 2006. С. 312—335.
- 32. *Вилаянур Р., Оберман Л.* Разбитые зеркала: теория аутизма // В мире науки. 2007. № 3. С. 31—37.
- 33. *Винникот Д. В.* Теория родительско-младенческих отношений // Журн. практ. психологии и психоанализа. 2005.
- Володин Н. Н., Буркова А. С., Медведев М. И., Рогаткин С. О. Классификация последствий перинатальных поражений нервной системы у детей первого года жизни: методические рекомендации, проекты протоколов. – М., 2005. – С. 67—81.
- 35. Володин Н. Н., Дегмярева М. В. Иммунология перинатального периода: проблемы и перспективы // Педиатрия. 2001. № 4. С. 4—8.
- 36. Володин Н. Н., Медведев М. И., Рогаткин О. Актуальные проблемы перинатальной неврологии на современном этапе // Журн. невропатологии и психиатрии. 2001. Вып. 7. С. 4—7.
- Ворсанова С. Г., Воинова В. Ю., Юров И. Ю. и др. Цитогенетические, молекулярно-цитогенетические и клинико-генеалогические исследования матерей детей с аутизмом: поиск семейных генетических маркеров аутистических расстройств // Журн. неврологии и психиатрии. 2009. Вып. 6. С. 54—64.

- 38. Ворсанова С. Г., Юров И. Ю., Демидова И. А., Воинова-Улас В. Ю., Кравец В. С., Горбачевская Н. Л., Юров Ю. Б. Идентификация генетических маркеров аутистических расстройств: хромосомные варианты и аномалии у детей с аутизмом // Медико-биологические аспекты мультифакториальной патологии : материалы рос. науч. конф. с междунар.участием. Курск : КГМУ, 2006. Т. І. С. 457—460.
- 39. Ворсанова С. Г., Юров И. Ю., Демидова И. А., Воинова-Улас В. Ю., Кравец В. С., Соловьев И. В., Горбачевская Н. Л., Юров Ю. Б. Вариабельность гетерохроматиновых районов хромосом и хромосомные аномалии у детей с аутизмом: идентификация генетических маркеров аутистических расстройств // Журн. неврологии и психиатрии. — 2006. — Вып. 6. — С. 52—57.
- Ворсанова С. Г., Юров Ю. Б., Чернышов В. Н. Хромосомные синдромы и аномалии. Классификация и номенклатура. – Ростов н/Д: РостГМУ, 1999.
- 41. Востриков В. М., Уранова Н. А., Рахманова В. И., Орловская Д. Д. Сниженная численная плотность олигодендроцитов в префронатальной коре при шизофрении // Журн. невропатологии и психиатрии. 2004. Вып. 1. С. 42—46.
- 42. Вострокнутов Н. В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация. Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. М., 1995. С. 8—11.
- Вроно М. Ш. Рецензия на монографию В. Е. Кагана «Аутизм у детей» // Журн. невропатологии и психиатрии. 1982. Вып. 10. С. 143—146.
- 44. Галеева К. В., Куприянова И. Е., Глушко Т. В., Семке А. В., Попов С. В., Курлов И. О. Влияние внутрисемейных отношений // Онтогенетические аспекты психического здоровья населения : тез. докл. научно-практ. конф. / под науч. ред. В. Я. Семке. — Омск, 2010.
- 45. *Ганнушкин П. Б.* Постановка вопроса о шизофренической конституции // Избранные труды. М. : Медицина, 1964. С. 58—74.
- 46. Геномика медицине / под ред. В. И. Иванова, Л. Л. Киселева. М. : Академкнига, 2005. 392 с.
- 47. *Гилберт К., Питерс Т.* Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. СПб.: Владос, 2005.
- 48. *Горбунова Е. А.* Клинико-функциональные критерии диагностики и прогнозирования синдрома дефицита внимания у подростков 14—15 лет: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иваново. 2004. 21 с.

- 49. *Гордон Л. А., Терехин А., Будилова Е.* Опыт многомерного описания материально-экономической дифференциации населения // Экономические и социальные перемены. 1998. № 1—2.
- 50. Города России: энциклопедия. М.: Изд-во БРЭ, 1994. С. 323.
- 51. *Горюнова А. В.* Неврологические предшественники и маркеры предрасположенности к шизофрении : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1995.
- 52. *Громова О. А.* Элементный статус у детей с различными последствиями перинатального поражения ЦНС : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Иваново, 2001.
- 53. *Гуткевич Е. В., Семке В. Я.* Медико-генетические основы превентивной психиатрии. Томск : ТГУ, 2002. 319 с.
- Дамулин И. В. Когнитивные нарушения сосудистого генеза: клинические и терапевтические аспекты // Трудный пациент. – 2006. – № 7.
- 55. Доброхотова Т. А. Нейропсихиатрия. М.: Бином, 2006. 304 с.
- 56. *Додзина О. Б.* Психологические характеристики речевого развития детей с аутизмом // Дефектология. 2004. № 6. С. 44—52.
- 57. Додзина О. Б. Отражение особенностей взаимодействия с предметным и социальным миром в лексическом развитии детей с аутизмом : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. М., 2006.
- 58. Ершова Б. Е., Молчанова А. А., Белых Н. А., Ширина Т. А., Гаврыш Л. И. // Новости медицины и фармации. 2007. № 12.
- Ершова С. К. Анализ нарушений высших психических функций и эмоциональных состояний у больных, оперированных по поводу поражений прецеребральных сосудов : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. – СПб., 2001.
- Жуков Д. Е. Особенности картины мира детей с аутизмом // Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, спец. психологии: материалы III съезда РПА и научно-практ. конф. (Курск, 20—23 октября 2003 г.). – Курск: Изд-во Курск, гос. ун-та. 2003.
- 61. Жуков Д. Е. Центральные личностные функции у родителей детей с синдромом РДА // Биопсихосоциальная парадигма медицины и её влияние на развитие психоневрологической науки и практики : материалы научно-практ. конф. молодых ученых. СПб. : Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2004.
- 62. Жуков Д. Е. Сравнительный анализ биопсихосоциальных факторов в течении детского аутизма : автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2005.

- 63. Завитаев П. Ю. Клиническая семантика аутизма : автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2008.
- 64. Зенков Л. Р., Шевельчинский С. И., Константинов П. А. и др. Бессудорожные эпилептические энцефалопатии, аутизм и другие расстройства психического развития // Аутизм и нарушения развития. 2004. № 1. С. 2—19.
- 65. *Изотова Е. И., Никифорова Е. В.* Эмоциональная сфера ребенка: теория и практика. М.: Изд. центр «Академия», 2004.
- 66. *Иллариошкин С. Н.* Недостаточность магния: некоторые неврологические аспекты и пути коррекции // Атмосфера. Нервные болезни. 2005. № 1. С. 5—24.
- 67. *Исаев Д. Н.* Умственная отсталость у детей и подростков : руководство. СПб. : Речь, 2007. 391 с.
- 68. *Кабанов С. О.* Сравнительная оценка влияния антипсихотической фармакотерапии на когнитивные нарушения у больных параноидной шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007. 24 с.
- 69. Казанцева В. Ю. Синдром Ретта у детей // Лечащий врач. 1998. № 6.
- Капитоненко Н. В. сравнительное исследование эмоциональной сферы старших дошкольников с нарушениями развития : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. – М., 2009.
- Карвасарская И. Б. Психологическая помощь аутичной семье // Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, спец. психологии: материалы III съезда РПА и научно-практ. конф. (Курск, 20—23 октября 2003 г.). Курск: Изд-во Курск. гос. унта, 2003.
- 72. *Карсон Р., Батичер Дж., Минека* Аномальная психология. СПб. : Питер, 2004. С. 920—929.
- 73. Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных : методические рекомендации. М. : ВУНМЦ МЗ РФ, 2000. 40 с.
- 74. *Клименов А. Л.* О книге «Аутизм: факты» С. Барон-Коэна и П. Болтона (Великобритания) // Аутизм и нарушения развития. 2003. № 12.
- 75. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста : руководство для врачей). М. : Медицина, 1979. С. 33—41.
- 76. *Кожушко Н. Ю*. Возрастные особенности формирования биоэлектрической активности мозга у детей с отдаленными последствиями перинатального поражения ЦНС. Сообщение І. Спонтанная активность // Физиология человека. 2005. Т. 31, № 1. С. 5—14.

- 77. *Кожушко Н. Ю., Матвеев Ю. К.* Клинико-физиологические аспекты снижения обучаемости школьников // Нейроиммунология. 2003. Т. L. № 4. С. 37—41.
- 78. *Кожушко Н. Ю. и др.* Способ лечения нарушений психического развития у детей : патент на изобретение № 2248227 // Опубл. БИ. 2005. № 8.
- 79. *Козловская Г. В., Калинина М. А.* Эффективность рисполепта у детей в пролонгированном (в течение 2 лет) лечении шизофрении и раннего детского аутизма // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. № 1. С. 32.
- 80. *Костин И. А.* Обзор, направленный на установление распространенности аутизма в популяции взрослых лиц с трудностями обучения // Журн. неврологии и психиатрии. 2003. Вып. 7. С. 79.
- 81. *Крайт Г.* Психология развития. СПб. : Питер, 2000. 992 с.
- Крантц П. Расписания для детей с аутизмом. Обучение самостоятельному поведению / пер. с англ. О. Чикурова, С. Морозовой. М.: Изд-во «СигналЪ», 2003.
- 83. *Крепелин Э*. Введение в психиатрическую клинику / пер. с нем. М. : Бином; Лаб. знаний, 2004. 492 с.
- 84. *Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: МГУ, 1991.
- 85. *Кричевец Е. А.* Способность понимать метафоры детей младшего школьного возраста с типичным и отклоняющимся развитием : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. М., 2000.
- 86. Кузнецова В. Л., Переслени Л. И., Солнцева Л. И. и др. Основы специальной психологии: учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений / под ред. Л. В. Кузнецовой. М.: Изд. центр «Академия», 2002. 480 с.
- 87. *Кузнецова Т. В., Баранов А. Н., Киселева Н. В. и др.* Пренатальная диагностика хромосомных болезней у плода: десятилетний опыт // Вестник Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. 1997. № 3. С. 95—99.
- Куприянова И. Е. Вопросы качества жизни в превентивной психиатрии // Онтогенетические аспекты психического здоровья населения : тез. докл. научно-практ. конф. / под науч. ред. В. Я. Семке. – Омск, 2010.
- 89. Куртанова Ю. Е. Личностные особенности детей с хроническими соматическими заболеваниями : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. М., 2004.

- Кюртс Н. Реальность возникает изнутри. Пример изменений в процессе психоаналитической терапии с психотическим ребенком // Французская психоаналитическая школа / под ред. А. Жибо, А. В. Россохина. СПб.: Питер. 2005. С. 484—501.
- 91. Лаврентьева Н. Б. Подготовка к школьному обучению детей с аутизмом : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. М., 2008.
- 92. *Лаврентьева Н. Б.* Формирование учебного поведения у аутичных детей-дошкольников // Дефектология. 2008. № 4. С. 52—64; № 5. С. 26—35.
- 93. Лагут Г. Б., Брак У. Б., Линдеркамп Ф. Коррекция поведения детей и подростков. Практическое руководство. Отклонения и нарушения / пер. с нем. В. Т. Алтухова / науч. ред. рус. текста А. Б. Холмогорова. М.: Изд. центр «Академия», 2005. 352 с.
- 94. Лаппо Г. М., Почян П. М. Закрытые города в приоткрытой России // Проблемы расселения: история и современность. М., 1997. С. 20—29.
- 95. Лебедев В. А. Духовность, прогресс, реализм, аутизм и человек рыночного общества // Вестник НГУ. 2007. № 1. С. 103—136.
- 96. Лебедева Е. И. Понимание ментального и физического мира детьми с типичным развитием и расстройствами аутистического спектра : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. М., 2006.
- 97. Лебединская К. С. Диагностическая карта. Исследование ребенка первых двух лет жизни при предположении у него раннего детского аутизма // Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991.
- 98. Лебединская К. С. Особенности психического развития детей с аутизмом первых двух лет жизни // Альманах института коррекционной педагогики. 2005. № 9. С. 2—10.
- Лебовиси С. Объектные отношения у ребенка. Генетическое исследование объектных отношений // Французская психоаналитическая школа / под ред. А. Жибо, А. В. Россохина. СПб.: Питер. 2005. С. 461—484.
- 100. *Либлинг М. М.* Холдинг-терапия как метод психологической помощи семье, имеющее аутичного ребенка // Дефектология. 1996. № 3.
- 101. *Линьков В. В.* Формирование цереброваскулярной патологии в детском и молодом возрасте после перинатального поражения центральной нервной системы (факторы риска, клиника, диагностика и прогноз): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Иваново, 2006.

- 102. Лисовицкая Г. Б., Летунова В. С., Крысюк М. В., Долотина Н. С., Левчук О. А., Зуева О. А. Качество жизни семей, имеющих детей-инвалидов по психическому заболеванию // Психическое здоровье детей и подростков (клинико-эпидемиологические и биологические аспекты): материалы межрегион. научно-практ. конф. Томск, 2010.
- 103. Лохов М. И., Фесенко Ю. А., Рубина Л. П. Анализ особенностей электроэнцефалограммы у детей с синдромом нарушений внимания и гиперактивностью // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2005. № 2. С. 8—12.
- 104. *Пютова Е., Монина Г.* Шпаргалка для родителей. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. М.: Сфера, 2000. 136 с.
- 105. *Мазяева И. Л., Сиряченко Т. М., Суетна О. А.* Сравнительная возрастная характеристика психогений // Журн. невропатологии и психиатрии. 2004. Вып. 6. С. 4—20.
- 106. *Максимова Т. М.* Особенности формирования хронической патологии у детей в зависимости от состояния здоровья на первом году жизни // Педиатрия. 1994. № 2. С. 67—69.
- 107. *Мамайчук И. И*. Помощь психолога детям с аутизмом. СПб. : Речь, 2007. 287 с.
- 108. *Манелис Н. Г.* Ранний детский аутизм: психологические и нейропсихологические механизмы // Школа здоровья. 1999. Т. 42, № 2. С. 6—22.
- 109. Марцинковкая Т. В., Марютина Т. М., Стефаненко Т. Г. и др. Психология развития: учебник для студентов высших психолог. учебных заведений. М.: Изд. центр «Академия», 2005. С. 170—174.
- 110. *Мастнокова Е. М., Московкина А. Г.* Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : учебное пособие для студентов высших учебных заведений / под ред. В. И. Селиверстова. М. : Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 2003. 408 с.
- 111. *Менделевич В. Д.* Психиатрическая пропедевтика : практическое руководство для врачей и студентов. М. : ТОО «Техлит», «Медицина», 1999.
- 112. *Микиртумов Б. Е., Завитаев П. Ю.* Клинико-семантическое исследование аутизма // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2007. № 1. С. 19—20.
- 113. *Микиртумов Б. Е., Завитаев П. Ю.* О субъективных механизмах патогенеза аутистической трансформации «Я» // Прикладные информационные аспекты медицины. 2008. Т. 11, № 1.

- 114. *Микиртумов Б. Е., Завитаев П. Ю.* Проблемы психопатологии аутизма // Рос. психиатр. журн. 2009. № 4. С. 59—68.
- 115. *Мнухин С. С., Зеленецкая А. Е., Исаев Д. Н.* О «синдроме раннего детского аутизма» или синдроме Каннера у детей. Л. : Медицина, 1947. С. 102—125.
- 116. Морозова А. А. Ранняя психологическая помощь как современный подход к абилитации детей с нарушениями развития // Онтогенетические аспекты психического здоровья населения: тез. докл. научно-практ. конф. / под науч. ред. В. Я. Семке. Омск, 2010.
- 117. *Морозова С. С.* Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах: пособие для учителя-дефектолога. М.: Владос, 2007. 176 с.
- 118. *Никольская О., Фомина Т., Цыпотан С.* Ребенок с аутизмом в обычной школе. М.: Чистые пруды, 2006. 30 с.
- 119. Никольская О. С. Особенности психического развитияи психологической коррекции детей с ранним детским аутизмом: автореф. дис. ... канд. психолог. наук. М.: НИИ дефектологии РАО, 1985.
- 120. *Никольская О. С.* Проблемы обучения аутичных детей // Дефектология. 1995. № 2.
- 121.*Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М.* Аутичный ребенок: пути помощи. М. : Теревинф, 2000. С. 8—17.
- 122. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. М. : Теревинф, 2005.
- 123. Никольская О. С., Баенская Е. Р., Либлинг М. М., Костин И. А., Веденина М. Ю., Аршатский А. В., Аршатская О. С. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение. – М.: Теревинф, 2005. – 224 с.
- 124.*Нуриева Л. Г.* Развитие речи у аутичных детей. М. : Теревинф, 2007. 127 с.
- 125. Перминова Г. А. Современное состояние исследования проблем аутизма и нарушений аутистического спектра (VII Международная конференция по исследованию аутизма (IMFAR-2008)) // Культурно-историческая психология. 2008. № 3. С. 115—117.
- 126. *Печникова Л. С.* Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. М., 1997.

- 127. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию: кн. для педагогов-дефектологов. М.: Владос, 2003. 237 с.
- 128. Пичугина Ю. А., Сумароков А. А., Салмина А. Б., Екимова М. В., Михуткина С. В., Шульмин А. В., Хигашида Х. Клиническая характеристика детей с заболеваниями аутистического спектра // Сибирское медицинское обозрение. 2009. № 6. С. 74—78.
- 129. Пласкунова Э. В. Возможности адаптивного физического воспитания в формировании двигательных функций у детей с синдромом раннего детского аутизма // Школа здоровья. 2004. № 1. С. 57—62
- 130. Пробылова В. С. Игровая деятельность аутичного ребенка дошкольного возраста // Материалы 3-й региональной научно-практ. конф. Н. Новгород, 2004. С. 249—253.
- 131. Пробылова В. С. Взаимодействие с родителями в ходе коррекции раннего детского аутизма // Психология образования: профессионализм и культура: материалы областной научно-практ. конф. Н. Новгород, 2005. С. 309—318.
- 132. *Пробылова В. С.* Об особенностях развития аутичного ребенка // Педагогическое обозрение. 2005. № 2. С. 150—159.
- 133. Пробылова В. С. Особенности родителей аутичных детей // Деятельность педагога-психолога в системе образования: теоретические, методические и прикладные аспекты / под ред. Н. Митиной. Н. Новгород: Гуманитарный центр, 2005. С. 121—127.
- 134. *Пробылова В. С.* Особенности самосознания пятилетних детей с ранним детским аутизмом // Дефектология. 2007. № 2. С. 38—40.
- 135.Психолого-педагогические и методические аспекты обучения чтению детей с задержкой психического развития : учебно-метод. пособие / автор-сост. Ю. А. Костенкова / под ред. Т. В. Волосовец, Е. Н. Кутеповой. М. : РУДН, 2007. 81 с.
- 136. Работа с родителями: Психоаналитическая психотерапия с детьми и подростками / под. ред. Дж. Циантиса, Б. Ботиуса, Б. Холлерфорс и др. М.: Когито-Центр, 2006.
- 137. Райгородский Д. Я. Теории личности в западно-европейской и американской психологии. Самара, 1996. 335 с.
- 138. Ранний детский аутизм / под ред. Т. А. Власовой, В. В. Лебединского, К. С. Лебединской. М., 1981.

- 139. *Ремшмидт X*. Аутизм. Клинические проявления. Причины и лечение. Медицина, 2003. 120 с.
- 140. *Розум С И*. Психология социализации и социальной адаптации человека. СПб. : Речь, 2006.
- 141. Руководство по психиатрии / под ред. А. В. Снежневского. М. : Медицина, 1983. 544 с.
- 142. Саматри П. Дети с аутизмом. СПб. : Питер, 2004. 224 с.
- 143. *Самахова И. А.* Метаморфозы творческих способностей. Этюды абилитационной педагогики: из опыта работы «Школы Бороздина». Новосибирск, 2000. С. 5—8, 99.
- 144. *Самохвалов В. П.* Глава «Синдром Ретта» // Психиатрия : учебник для студентов медицинских университетов. М., 2002.
- 145. *Сансон П.* Психопедагогика и аутизм: опыт работы с детьми и взрослыми. М.: Теревинф, 2006. 208 с.
- 146. *Сарафанова И. В.* Влияние холдинг-терапии на родителей аутичного ребенка // Московский психотерапевтический журнал. Вып. 4. С. 150—164.
- 147. *Семке В. Я.* Истерические состояния. М. : Медицина, 1988. 223 с.
- 148. Семке В. Я. Современные проблемы классификации психических болезней: Новые подходы и возможности // Акт. вопросы психиатрии. Томск, 1993. Вып. 6. С. 89—92.
- 149. Семке В. Я., Белокрылова Л. А. Новые подходы к дифференциальной диагностике истерических и истериоформных состояний шизофренического генеза // Акт. проблемы эндогенной патологии. Томск, 1994. С. 119—123.
- 150. Семке В. Я., Красильников Г. Т., Логвинович Г. В. Аутистический синдром при шизофрении: методические рекомендации. Новосибирск, 1994. 16 с.
- 151. Семке В. Я., Логвинович Г. В., Кулешова Н. А. Проблемы адаптации при шизофрении // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра / под ред. А. Б. Смулевича. М., 1999. С. 333.
- 152. Семке В. Я., Логвинович Г. В., Семке А. В. Оценка и динамика социальной адаптации при шизофрении // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра / под ред. А. Б. Смулевича. М., 1999. С. 221—228.
- 153. *Сидорова Н. П.* Семьеведение : учебное пособие для вузов. Хабаровск : ДВАГС, 2006. 70 с.

- 154. *Симашкова Н. В.* Психотические формы атипичного аутизма в детском возрасте // Журн. невропатологири и психиатрии. 2006. Вып. 10. С. 11—18.
- 155. Симашкова Н. В., Клюшник Т. П., Якупова Л. П. и др. Клиникобиологические аспекты расстройств аутистического спектра // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : материалы 15-й науч. отчет. сессии НИИ ПЗ СО РАМН. – Томск, 2011.
- 156. Симашкова Н. В., Якупова Л. П., Башина В. М. Клинические и нейрофизиологические аспекты тяжелых форм аутизма у детей // Журн. невропатологири и психиатрии. 2006. Вып. 7. С. 12—19.
- 157. *Синех К. В.* Аутизм, вакцины и иммунный ответ // Доклад экспертной комиссии Института медицины. 9.02.2004.
- 158.Специальный государственный стандарт специального образования детей с нарушениями развития аутистического спектра // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. 2009. № 13.
- 159. *Спиваковская А. С.* Психотерапия: игра, детство, семья. М., 2000. Т. 1.– 304 с.
- 160. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. СПб. : ВЕИП, 2005.
- 161. Стерн Д. Н. Межличностный мир ребенка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития. СПб. : Восточно-Европейский ин-т психоанализа, 2006.
- 162. *Тиганов А. С.* Патология психического развития. М. : Медицина, 2003. 712 с.
- 163. *Тихонова Н. Е., Давыдова Н. М., Попова И. П.* Индекс уровня жизни и модель страсификации российского общества. М.: Наука, 2006. 230 с.
- 164. Трансформация социальной структуры и стратификация российского общества / под ред. З. Т. Голенковой. – М.: Институт Социологии РАН, 1998.
- 165. Феррари П. Детский аутизм. М. : РОО «Образование и здоровье», 2006.
- 166. Фрейд А. Введение в детский психоанализ. Норма и патология детского развития. «Я» и механизмы защиты : сборник / пер. с нем. Минск : ОО «Попурри», 2004. 448 с.
- 167. Фридмен Д. Техники семейной психотерапии. СПб. : Питер, 2004. 501 с.

- 168. *Хаустов А. В.* Исследование коммуникативных навыков у детей с синдромом раннего детского аутизма // Дефектология. 2004. № 4. С. 69—74.
- 169. *Хаустов А. В.* Формирование коммуникативных навыков у детей с детским аутизмом : автореф. дис. ... канд. психолог. наук. М., 2005.
- 170. Хомская Е. Д. Нейропсихологическая диагностика / под ред. Е. Д. Хомской. М.: Институт Общегуманитарных исследований, 2004. Ч. II. 48 с.
- 171. *Чехова А. Н.* Начальная стадия и ранняя диагностика шизофренического процесса у детей // Психология аномального развития ребенка: хрестоматия в 2-х т. / под ред. В. В. Лебединского, М. К. Бардышевской. М.: Изд-во МГУ, 2002. Т. 2. С. 449—458.
- 172. *Шалимов В. Ф.* Клиника интеллектуальных нарушений. М. : Изд. центр «Академия», 2003. 160 с.
- 173. Шмакова О. П., Дмитриева Т. В. Типология, диагностика и коррекция нарушений школьной адаптации у детей и подростков с психическими расстройствами. М., 2005.
- 174. *Шэффер Д*. Дети и подростки: психология развития. СПб. : Питер, 2003.
- 175. Эльконин Д. Б. Детская психология: учебное пособие для студ. высш. учебных заведений / ред.-сост. Б. Д. Эльконин. М.: Изд. центр «Академия», 2004. 384 с.
- 176. Юров И. Ю., Ворсанова С. Г., Юров Ю. Б. Нервные и психические заболевания у мальчиков и мутации в гене-регуляторе МЕСР2 (обзор) // Журн. неврологии и психиатрии. 2004. Вып. 10. С. 73—80.
- 177. Юров И. Ю., Ворсанова С. Г., Воинова-Улас В. Ю., Виллард Л., Демидова И. А., Жианти Л., Джовануччи-Узиелли М. Л., Будилов А. В., Берешева А. К., Новиков П. В., Юров Ю. Б. Эпигенетические исследования синдрома Ретта как адекватной модели аутистических расстройств // Журн. неврологии и психиатрии. 2005. Вып. 7. С. 4—11.
- 178. Юров И. Ю., Ворсанова С. Г., Юров Ю. Б. Умственная отсталость, сцепленная с хромосомой X, эпигенетические феномены и аутизм // Психиатрия. 2005. № 1 (13). С. 55—65.
- 179. Янушко Е. А. Игры с аутичным ребенком. Установление контакта, способы взаимодействия, развитие речи, психотерапия. М. : Теровинф, 2004. 136 с.

- 180. Abrahams B. S., Geschwind D. H. Advances in autism genetics: on the threshold of a new neurobiology // Nat. Rev. Genet. – 2008. – Vol. 9 (5). – P. 341—355.
- 181. August G. J., Stewart L. M. A. Tsai The incidence of cognitive disabilities in the siblings of autistics children // Brit. J. Psychiatry. 1981. Vol. 138. P. 416—422.
- 182. Baron-Cohen S., Wheelwright S. The Empathy Quotient (EQ). An investigation of adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and normal sex differences // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2004. Vol. 34. P. 163—175.
- 183. Barthelemy J. M. Importance and extension of the qualitative approach in phenomeno-structural method in psychopathology // Bull. Soc. Sci. Med. Grand. Duche. Luxemb. 2006. № 2. P. 249—264.
- 184. Belichenko P. V., Hagberg B., Dahlstrom A. Morphological study of neocortical areas in Rett syndrome // Acta Neuropathol. 1997. № 93. P. 50—61.
- 185. Benvenuto A., Moavero R., Fllessandrelli R. Syndromic autismi: causes and patyogenetic pathways // World J. Pediatr. 2009. Aug. Vol. 5 (3). P. 169—176.
- 186. Burgess A. F., Gutstein S. E. Quality of life for people with autism: raising the standard for evaluating successful outcomes // Child. Adolesc. Ment. Health. 2007. Vol. 12 (2). P. 80—86.
- 187. Carpenter M., Pennington B. F., Pennington R. Interrelation among social-cognitive skills in young children with autism Interrelation // J. of autism and developmental disorders. 2002. Vol. 32, № 2.
- 188. Carper R. A., Courchesne E. Localized enlargement of the frontal cortex in early autism // Biol. Psychiat. 2005. Vol. 57, № 2. P. 126—133.
- 189. Cheung C., Yu K., Fung G., Leung M., Wong C., Li Q., Sham P., Chua S., McAlonan G. Autistic disorders and schizophrenia: related or remote? An anatomical likelihood estimation // PLoS One. 2010. Aug.
- 190. Courchesne E., Carper R., Akshoomoff N. Evidence of brain overgrowth in the first year of life in autism // JAMA. 2003. Vol. 290. P. 337—344.
- 191. Davis R. A review for the Global on Vaccine Safety. University of Washington Departments of Pediatrics and Epidemiology // Group Health Cooperative Center for Health Studies CDC Vaccine Safety Datalink Project. 2004. Apr.
- 192. de Magistris L., Familiari V., Pascotto A. et al. Lancet retracts Wakefield's MMR paper // Br. Med. J. 2010. Feb. Vol. 340. P. 696.

- 193. DeVeber G. Arterial ischemic strokes in infants and children: an overview of current approaches // Scmin. Thromb. Hemost. 2003. № 29 (6). P. 567—573.
- 194. DeVeber G. In pursuit of evidence-based treatments for paediatric stroke: the UK and Chest guidelines // Lancet. Neurol. 2005. № 4 (7). P. 432—436.
- 195. Division of Environmental and Occupational Disease Control, California Department of Public Health, Richmond, California // Autism Res. 2009. Jul.
- 196. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders // Pediatr. Res. 2009. Vol. 65 (6). P. 591—598.
- 197. Fombonne E. Is a large head circumference a sign of autism? (letter) // J. Autism Development Disorders. 2000.
- 198. Fontenelle L. F., Mendelowicz M. V., Berreza de Menezes G. et al. Asperger syndrome, obsessive-compulsive disorder, and major depression in a patient with 45X/46XY mosaicism // Psychopathology. 2004.
- 199. Frith U., Leslie A. M., Baron-Cohen S. Does the autistic have a «theory of mind» // Cognition. 1985. Vol. 21. P. 432—438.
- 200. Fullerton H. J., Johnston S. C., Smith W. S. Arterial dissection and stroke in children // Neurology. 2001. Vol. 57. P. 1155—1160.
- 201. Geier D. A., Geier M. R. An assesment of the impact of thimerosal on childhood neurodevelopmental disorders // Pediatr. Rehabil. 2003. Vol. 6. P. 97—102,
- 202. Geier D. A., Geier M. R. Neurodevelopmental disorders after thimerosal-containing vaccines abriet communication // Exp. Biol. Med. 2003. Vol. 228. P. 600—664.
- 203. Gillberg Ch. Autism spectrum disorders // 16th World Congress of International Association for child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (Berlin, 22—26 august 2004). Darmstadt, 2004.
- 204. Gillberg Ch., Colleman M. The Biology of the Autistic Syndromes // Clinics in developmental Medicine. London, New York: Mac Keith Press, 1992. № 126.
- 205. Green M. F. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder // Journal of Clinical Psychiatry. 2006. Suppl. 9. P. 3—8.
- 206. Helt M., Kelley E. Can children with autism recover? if so, how? // Neuropsychol. Rev. 2008. Vol. 18 (4). P. 339—366.

- 207. *Iourov I. Y., Vorsanova S. G., Yurov Y. B.* Chromosomal mosaicism goes global // Molecular Cytogenetics. 2008. Vol. 1 (1). P. 26.
- 208. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // Nerv. Child. 1943. Vol. 2. P. 217—250.
- 209. Kanner L. Early infantile autism // J. Pediat. 1944. Vol. 15. P. 211—260.
- 210. Keil A., Daniels J. L., Forssen U., Hultman C., Cnattingius S., Söderberg K. C., Feychting M., Sparen P. Parental Autoimmune Diseases Associated With Autism Spectrum Disorders in Offspring. 2004.
- 211. Kiesllich M., Fidler A., Heller C., Kreuz W., Jacobi G. Abstract Minor head injury as cause and co-factor in the aetiology of stroke in child-hood: a report of eight cases // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2002. Vol. 73, № 1. P. 13—16.
- 212. Kirkham F. J., Hogan A. M. Risk factors for arterial ischemic stroke in childhood //CNS Spectr. 2004. Vol. 9, № 6. P. 451—464.
- 213. Knickmeyer R., Baron-Cohen S., Hines M., Raggatt P. Foetal testosterone, social relationships, and restricted interests in children // Journal of Child Psychology & Psychiatry. 2004. Vol. 45. P. 1—13.
- 214. Krageloh-Mann I., Toft P., Lunding J., Andersen J., Pryds O., Lou H. C. Brain lesions in preterms: origin, consequences and compensation // Acta. Pacdiatr. 1999. Vol. 88, № 8. P. 887—908.
- 215. Kuhn R., Cahn C. H. Eugen Bleuler's concepts of psychopathology // Hist. Psychiatry. 2004. P. 361—366.
- 216. Lainhart J. E. Increase rate of head growth during infancy in autism // JAMA. 2003. Vol. 290. P. 393—394.
- 217.Lawrence E J., Shaw P., Baker D., Baron-Cohen S., David A. S. Measuring Empathy reliability and validity of the Empathy Quotient // Psychological Medicine. 2004. Vol. 34. P. 911—919.
- 218. Lawson J., Baron-Cohen S., Wheelwright S. Empathizing and systemizing in adults with and without Asperger Syndrome // Journal of Autism and Development Disorders. 2004. Vol. 34. P. 301—310.
- 219.Leontovich T. A., Mikhina J. K., Fedorov A. A., Belichenrko P. V. Morphological study of the emotional cortex, hippocampal formation and basal ganglia in Rett syndrome // Neurobiology. 1999. Vol. 6. P. 77—91.
- 220. Oberman L. M., Hubbard E. M., McCleery J. P., Altschuler E. L., Pineda J. A., Vilayanur S. EEG Ramachandran in Cognitive Brain Research // Evidence for Mirror Neuron Dysfunction in Autism Spectrum Disorders. 2005. Vol. 24. P. 190—198.

- 221.Lutchmaya S., Baron-Cohen S., Raggatt P., Manning J. T. Maternal 2nd to 4th digit ratios and fetal testosterone // Early Human Development. 2004. Vol. 77. P. 23—28.
- 222. Lutz J. Uber die Schizophrenie in Kinderalters // Schweiz. Archive Neurol. Psychiat. 1937. Vol. 40. P. 140—147.
- 223. Ma D. et al. A Genome-Wide Association Study of Autism Reveals a Common Novel Risk Locus at 5p14.1 // Annals of Human Genetics. 2009. Apr. Vol. 28.
- 224. Madsen K., Lauritsen M., Pedersen C. et al. Thimerosal and the occurrence of autism? Negative ecological evidence from Danish population data // Pediatric. 2003. Vol. 112. P. 604—606.
- 225. *Middleton J. A.* Brain injury in children and adolescents II // Advances in Psychiatric Treatment. 2002. Vol. 7. P. 257—265.
- 226. Milunsky J., Huang X. L., Wyandt H. E., Milunsky A. Schizophrenia susceptibility gene locus at Xp22.3 // Clin. Genet. 1999. Vol. 55. P. 455—460.
- 227. Muhle R. et al. The Genetich of autism // Pediatrics. 2004. Vol. 133. P. 472—486.
- 228. Mulder, E. J. H., Robles de Medina, Huizink A. C., van den Bergh B. R. H., Buitelaar J. K. Visser Neuroscience & Biobehavioral Reviews // Special section: The European Workshop in Imagery and Cognition: Neurocognition and Visual Imagery. 2008. Oct. Vol. 32. Iss. 8. P. 1519—1532.
- 229. Myers S. M., Johnson C. P. Council on Children with Disabilities Management of children with autism spectrum disorders // Pediatrics. 2007. Vol. 120 (5). P. 1162—1182.
- 230. Newschaffer C. J., Croen L. A., Daniels J. et al. The epidemiology of autism spectrum disorders // Annu Rev. Public. Health. 2007. Vol. 28. P. 235—258.
- 231. O'Donnell M. L., Creamer M., Pattison P., Atkin C. Psychiatric Morbidity Following // Injury American Journal of Psychiatry. 2004. № 161. P. 507—514.
- 232. Rapin I. Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis / I. Rapin // Pediatr. Clin. North. Am. 2008. Vol. 55 (5). P. 1129—1146.
- 233. Rimland D. The Etiology of Infantile autism: The Problem of Biological versus Psychological Causation // Classic Reading in Autism / ed by A. M. Donneiian. N. Y.; L.: Teachers College, Columbia University Press, 1985.

- 234. Rogers S. J., Vismara L. A. Evidence-based comprehensive treatments for early autism // J. Clin. Child. Adolesc. Psychol. 2008. Vol. 37 (1). P. 8—38.
- 235. Rozenfeld J. A., Balf B. C., Torchia B. C. et al. Copy number variations associated with autism spectrum disorders contribute to a spectrum of neurodevelopmental disorders // Genet. Med. 2010. Aug. Vol. 30.
- 236. Rutter M. Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders // British Journal of Psychiatry. 1985. № 147. P. 598—611.
- 237. Rutter M., Shaffer D., Shepherd M. Multi-Axial Classification of Child Psychiatric Disorders. Geneva: WHO, 1975.
- 238. Parker S. K., Schwarts B., Todd J., Pickering L. K. Thimerosal-Containing Vaccines and Autistic spectrum Disorder; A Critical Reviev of Published Original Data // Pediatrics. 2004. Vol. 114. P. 793—804.
- 239. Schopler E., Mesibov G. B. Neurobiological issues in autism // Current issues in autism. New York: Plenum Press, 1987.
- 240. Seida J. K., Ospina M. B., Karkhaneh M., Hartling L., Smith V., Clark B. Systematic reviews of psychosocial interventions for autism: an umbrella review // Dev. Med. Child. Neurol. 2009. Vol. 51 (2). P. 95—104.
- 241. Seltzer M. M., Shattuck P., Abbeduto L., Greenberg J. S. Trajectory of development in adolescents and adults with autism // Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev. 2004. Vol. 10 (4). P. 234—247.
- 242. Simms M. L., Kemper T. L., Timble C. M., Bauman M. L., Blatt G. J. The anterior cingulate cortex in autism: heterogeneity of qualitative and quantitative cytoarchitectonic features suggests possible subgroups // Acta Neuropatol. 2009. Aug.
- 243. Singh V. K. Neuro-immunopathogenesis in autism // NeuroImmune Biology: New Foundation of Biology. 2001. Vol. 1. P. 443—454.
- 244. Shaw P., Lawrence E., Baron-Cohen S., David A. S. Role of the amgydala in social sensitivity // Annals NY Academy of Science. 2003. Vol. 985. P. 508—510.
- 245. Smith B. H., Waschbusch D. A., Willoughby M. T., Evans S. The efficacy, safety, and practicality of treatments for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) // Clin. Child. Psychol. Rev. 2000. Vol. 3, № 4. P. 243—267.
- 246. Smith L. O., Elder J. H. Siblings and family environments of persons with autism spectrum disorder: a review of the literature // J. Child. Adolesc. Psychiatry Nurs. 2010. Aug. Vol. 23 (3). P. 189—195.

- 247. Smith S. D., Grigorenco E., Willcut, Pennington B. F., Olson R. K., Defries J. C. Etiologes and molecular mechanisms of communication disorders // J. Dev. Behav. Pediatr. 2010. Sept. Vol. 31 (7).
- 248. Stone V., Baron-Cohen S., Young A., Calder A., Keane J. Acquired theory of mind impairments in individuals with bilateral amygdala lesions // Neuropsychologia. 2003. Vol. 41. P. 209—220.
- 249. Swanson J., Posner M., Fusella J., Wasdell M., Sommer T., Fan J. Genes and Attention Deficit Hyperactivity Disorder // Curr. Psychiatry. Rep. 2005. Vol. 3, № 2. P. 92—100.
- 250. Taylor B., Miller E., Farrington C. P., Petropoulos M. C., Favot-Mayaud I., Li J. et al. Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: No epidemiologic evidence for a causal association // Lancet. 1999. Vol. 353. P. 2026—2029.
- 251. *Udipi S. A., Ghugre P., Antony U.* Nutrition in pregnancy and lactation // J. Indian Med. Assoc. 2000. Vol. 98. P. 548—557.
- 252. Volkmar F. R. et al. Autism and pervasive developmental disorders // J. Child Psychology and Psychiatry. 2004. Vol. 45. P. 135—170.
- 253. *Volkmar F. R., Klin A.* Pervasive development disorders // Comprehensive textbook of psychiatry / eds. B. J. Sadock, V. A. Sadock. Philadelphia, 2000. Vol. 2. P. 2659—2678.
- 254. Vorsanova S. G., Yurov I. Yu., Demodova I. A., Voinova-Ulas V. Yu., Kravets V. S., Solov'ev I. V., Gorbachevskaya N. L., Yurov Yu. B. Variability in the heterochromatin regions of the chromosomes and chromosomal anomalies in children with autism: identification of genetic markers of autistic spectrum disorders // Neuroscience and Behavioral Physiology. 2007. Vol. 37, № 6. P. 553—558.
- 255. Wakefield A. J. MMR vaccination and autism // Lancet. 1999. Vol. 354. P. 949—950.
- 256. Wakefield A. J., Anthony A., Schepelmann S. et al. Persistent measles virus (MV) infection and immunodeficiency in children with autism, ileocolonic lymphonodular hyperplasia and non-specific colitis // Cut. 1998. Vol. 42. Suppl. I. P. A86.
- 257. Willemsen-Swinkels S. H., Buitelaar J. K. The autistic spectrum: subgroups, boundaries, and treatment // Psychatr. Clinic. North Am. 2005. Vol. 25. № 4. P. 811—836.
- 258. Windham G.C., Fessel K., Grether J. K. Autism spectrum disorders in relation to parental occupation in technical fields // Autism Res. 2009. Aug. Vol. 2 (4). P. 183—191.

- 259. Wing J. K., O'Connor N., Lotter V. Autistic condition early childhood. A survey of Middlesex // Br. J. Psychyat. 1967. Vol. 3. P. 389—392.
- 260. Wing L., Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? // Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev. 2002. Vol. 8 (3). P. 151—161.
- 261. *Wolff S*. The history of autism // Eur. Child. Adolesc. Psychiatry. 2004. Vol. 13 (4). P. 201—208.
- 262. *Yip K. S.* The importance of subjective psychotic experiences: implications on psychiatric rehabilitation of people with schizophrenia // Psychiatr. Rehabil. J. 2004. Vol. 28, № 1. P. 48—54.
- 263. Yurov Y. B., Vorsanova S. G., Iourov I. Y., Demidova I. A., Beresheva A. K., Kravetz V. S., Monakhov V. V., Kolotii A. D., Voinova-Ulas V. Y., Gorbachevskaya N. L. Unexplained autism is frequently associated with low-level mosaic aneuploidy // Journal of Medical Genetics. 2007. Vol. 44. Iss. 8. P. 521—525.
- 264. Zapotoczky H. G. Poetry and Schizophrenia // Fortschr. Neurol. Psychiatr. 2005. Vol. 73. Suppl. 1. P. 84—87.
- 265. Zimmerman M., Coryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: demographic correlates and comorbidity // Arch. Gen. Psychiatr. 1989. Vol. 46. P. 682—689.

Приложение 1

Оценочная шкала детского аутизма

1. Взаимоотношения с людьми

Никаких очевидных трудностей во взаимоотношениях с людьми. Может наблюдаться некоторая застенчивость в пределах нормы.

Незначительно выраженные нарушения во взаимоотношениях. Ребенок может избегать визуального контакта, избегать взрослых, становиться нервозным, если пытаются привлечь его внимание, не откликается на обращение к нему. Возможна симбиотическая привязанность к родителям.

Умеренно выраженные нарушения во взаимоотношениях с окружающими. Требуются постоянные активные меры, чтобы привлечь его внимание, ребенком инициируется лишь минимальный контакт.

Выраженные нарушения во взаимоотношениях с окружающими. Ребенок совершенно равнодушен к действиям окружающих. Не откликается и не инициирует контакт со взрослыми. Только очень упорные попытки овладеть вниманием ребенка могут дать эффект.

2. Имитация

Правильная имитация слов, звуков, движений, соответственно возрасту.

Незначительные нарушения имитации – ребенок имитирует простейшие движения или звуки в большинстве случаев, иногда после побуждения или с задержкой.

Умеренно выраженные нарушения имитации. Ребенок имитирует только иногда, с задержкой, после проявления упорства со стороны взрослого.

Выраженные нарушения имитации. Ребенок никогда не имитирует слова, звуки и движения даже при побуждении взрослым.

3. Эмоциональная реакция

Эмоциональная реакция соответствует ситуации и возрасту

Незначительно выраженные нарушения эмоционального реагирования, в некоторых случаях эмоциональные реакции не связаны с окружающей обстановкой и событиями.

Умеренно выраженные нарушения эмоционального реагирования. Ребенок чересчур заторможен или, напротив, реагирует чрезмерно, может смеяться, гримасничать или становиться суровым без связи с происходящими событиями.

Выраженные нарушения эмоционального реагирования. Реакции крайне редко адекватны ситуации, регидны, состояние ребенка крайне сложно изменить.

4. Владение телом

Владение телом соответствует возрасту, ребенок двигается легко, координация не нарушена.

Незначительно выраженные нарушения координации, редкое появление необычных движений.

Умеренно выраженные нарушения координации, странные движения пальцами, необычные позиции пальцев или тела, раскачивания, ходьба на цыпочках.

Выраженные нарушения владения телом – значительные нарушения координации, указанные выше проявления преимущественны, обычных движений мало или нет совсем. Действия присутствуют, несмотря на попытки остановить, отвлечь.

5. Использование объектов

Нормальное использование объектов и игрушек, присутствие ролевой игры. Умеренно выраженное нетрадиционное использование игрушек, повышенное внимание к неигровым предметам.

Умеренно выраженное нетрадиционное использование игрушек или других объектов. Ребенок может быть равнодушным к игрушкам, но «зачарован» отражением света, играет неподходящим образом (стучит игрушкой, ломает, стереотипно крутит игрушку).

Выраженный болезненный интерес к неигровым предметам, полное отсутствие ролевой игры. Ребенка крайне трудно отвлечь, когда он занят манипулированием неигровыми предметами.

6. Адаптация к изменениям.

Реакция на изменения соответствует возрасту.

Незначительно выраженная патологическая реакция на изменения – ребенок стремится к установленному распорядку, однако взрослым удается переубедить его.

Умеренно выраженная патологическая реакция на изменения – ребенок активно сопротивляется переменам; когда он занят, его очень трудно отвлечь. На перемены реагирует вспышкой раздражения.

Выраженная реакция на изменения. Ребенок демонстрирует ярко выраженные вспышки раздражения на малейшие перемены привычного распорядка, не может успокоиться до тех пор, пока привычный порядок не будет восстановлен.

7. Визуальная реакция

Визуальная реакция соответствует возрасту, зрение используется совместно с другими органами чувств для исследования новых объектов.

Незначительно выраженные изменения визуальной реакции – ребенку приходится периодически напоминать, чтобы он посмотрел на объекты. Ребенок часто смотрит на неодушевленные объекты. Обратить взгляд на одушевленные объекты представляется трудным.

Умеренно выраженная патологическая визуальная реакция. Ребенку приходится часто напоминать, что он должен смотреть на то, что делает. Ребенок подолгу смотрит в пространство, избегает визуального контакта, может смотреть на объекты под необычным углом зрения.

Значительное нарушение визуальной реакции. Ребенок постоянно избегает смотреть на людей или на определенные объекты, демонстрирует крайние формы визуальных отклонений, которые были описаны ранее.

8. Слуховая реакция

Реакция в норме, соответствует возрасту.

Незначительная патология слуховой реакции – может присутствовать недостаточная ответная реакция или незначительное повышение чувствительности к конкретным звукам. Звуки редко приходится повторять, чтобы завладеть вниманием ребенка.

Умеренная патология слуховой реакции – часто ребенок игнорирует звуки, может пугаться или закрывать уши, когда слышит некоторые повседневные звуки.

Выраженная патология слуховой реакции – ребенок демонстрирует повышенную или пониженную чувствительность к звукам в ярко выраженной форме.

9. Реакции вкусового, обонятельного и осязательного анализаторов.

Нормальная реакция анализаторов, использование их по назначению. Ребенок изучает новые объекты соответственно возрасту с адекватным использованием анализаторов.

Незначительная патология вкусового, обонятельного и осязательного анализаторов. Ребенок пробует предметы на вкус, обнюхивает их, пробует на вкус несъедобные предметы.

Умеренная выраженность патологического использования анализаторов. Часто «пробует на вкус» предметы или людей, озабочен запахами. Слишком сильная или слишком слабая реакция на раздражение анализаторов.

10. Cmpaxu

Нормальный уровень выраженности страха – соответствует возрасту и ситуации.

Слабо выраженные страхи. Ребенок время от времени демонстрирует слишком сильную или слишком слабую степень страха по сравнению со здоровыми детьми.

Умеренно выраженное проявление страхов. Ребенок демонстрирует слишком сильный или слишком слабый страх в сравнении с более младшими детьми.

Значительно выраженное патологическое проявление страха. Боязнь присутствует даже после повторного опыта с безопасными предметами или событиями. Крайне тяжело успокоить ребенка, когда он проявляет страх, или же, наоборот, ребенок совершенно лишен чувства самосохранения.

11. Вербальная коммуникация

Нормальная вербальная коммуникация, соответствует возрасту и ситуации.

Незначительно выраженные отклонения в вербальной коммуникации. Речь формируется с задержкой. Большая часть речи осмыслена, присутствуют незначительные эхолалии или неправильное употребление местоимений.

Умеренно выраженные отклонения в использовании вербальной коммуникации. Речь может отсутствовать. Речь не служит средством коммуникации, содержит набор странных слов и фраз. Эхолалии.

Выраженная патология вербальной коммуникации. Осмысленная речь не используется. Ребенок издает визг, нечленораздельные звуки, выказывает неуместное использование знакомых звуков и слов.

12. Невербальная коммуникация

Нормальное использование невербальной коммуникации, соответственно возрасту и ситуации.

Незначительная патология вербальной коммуникации. Незрелое использование невербальной коммуникации: показывает неопределенно или дотягивается до того, что ему хочется, в такой ситуации, когда ребенок такого же возраста может четко показать или объяснить жестами желаемое.

13. Уровень активности

Нормальный уровень активности – соответствует возрасту и ситуации.

Незначительное нарушение активности – ребенок либо заторможен, либо чересчур активен.

Умеренно выраженные изменения активности — ребенка сложно держать в определенных границах. Ребенок выражено гиперактивен или чересчур пассивен, трудно побудить его к активным действиям.

Выраженные нарушения уровня активности. Ребенок проявляет крайние степени активности или пассивности. Внешние воздействия не могут изменить проявления активности.

14. Уровень и степень интеллектуального отклика

Нормальный уровень интеллекта, соответствует возрасту и образованию, равномерно развит во всех областях.

Незначительное снижение интеллекта.

Умеренно выраженное нарушение интеллекта.

Выраженное снижение интеллектуальных функций.

15. Общее впечатление

Отсутствие аутистических нарушений.

У ребенка есть лишь незначительные проявления аутизма.

Ребенок демонстрирует умеренную степень аутизма.

Ребенок демонстрирует многие симптомы или крайнюю степень аутизма.

Набранные баллы оцениваются следующим образом: : 1) 15—30 – аутизма нет; 2) 30—37 – легкий или умеренный аутизм; 37—60 – тяжелый аутизм

Приложение 2

Комплексная карта обследования лиц, страдающих расстройствами аутистического спектра

1. Общие сведения (паспортная часть)

1.1.ФИО 1.2. Дата рождения 1.3. Адрес 1.4. Место учебы

1.5. Дата первого обращения 1.6. Наличие инвалидности (с какого возраста)

2. Жалобы пациента

Со слов матери. Со слов отца.

Информация от других родственников.

3. Анамнез.

3.1. Данные о родителях

а) Отец:

Возраст Образование Профессия Тип личности, особенности характера

- Нервные и психические расстройства

б) Мать:

Возраст Образование Профессия Тип личности, особенности характера

- Нервные и психические расстройства

3.2. Сведения о других родственниках

4. Анамнез жизни

4.1. Акушерский анамнез (течение беременности, вредности, течение родов)

4.2. Перенесенные заболевания 4.3. YMT 4.4. Посещение ДДУ

5. Анамнез заболевания 5.1. Первые признаки заболевания – перечислить какие, в каком возрасте.

В раннем возрасте В настоящее время

Вегетативно-инстинктивная сфера:

-Нарушение ритма «сон-бодрствование» - Поверхностность. Прерывистость сна.

- Ночные страхи. - Крик и плач при пробуждении.

- Отсутствие пищевого рефлекса. - Возможность кормления лишь в особых условиях.

- Избирательность в еде. - Малоподвижность, пассивность.

- Отсутствие реакции на мокрые пеленки, холод, голод.

-Двигательное беспокойство.

Аффективная сфера:

- Особенности общего эмоционального облика

- Слабая эмоциональная откликаемость.

- Дисфорические расстройства.

- Аутоагрессия.

- Страхи.

- Патологическая реакция на перемену обстановки. Сфера общения:

- Нарушение чувства самосохранения.

- Периодические «уходы в себя».

- Выраженность, характер суточного ритма.

- Склонность к эйфории, дурашливости.

- Отсутствие фиксации взгляда на лице человека.

- Задержка в узнавании близких.

- Формирование наибольшей привязанности к кому-то из близких. Симбиотическая привязанность.

- Контакт с детьми.

- Реакция на словесные обращения.

- Активное избегание взгляда.

- Агрессия.

- Реакция на уход, приход близких.

- Реакция на нового человека.

- Отношение к физическому контакту.

- Отсутствие дифференциации одушевленного и неодушевленного. Моторика:

- Гипертонус

- Гипотонус

- Медлительность, неуклюжесть, марионеточность движения.

- Задержка в развитии ходьбы.

- Особенность бега

- Передвижение на «деревянных», негнущихся ногах. - Двигательные стереотипии.

Наличие ритуалов 6. Игра:

- Манипулирование с неигровыми предметами.

- «Очарованность» сенсорными раздражителями.

- Группировка игрушек по цвету, форме, размеру.

7. Трудности усвоения режима, формирование «собственного» режима.

6. Сведения о назначавшейся терапии, коррекции (какое, с какого возраста, длительность, эффективность, вовлеченность родителей в коррекционные процессы). госпитализации.

7. Динамика нарушений.

8. Данные объективного клинического исследования:

Физический статус. Психический статус:

- Внешний вид - Мимика - Лицо - Поза - Движения - Поведение - Речь - Голос - Контакт - Сознание - Внимание - Память - Интеллект - Эмоции

9. Данные психологического обследования.

10. Результаты теста школьной адаптации.

11. Результаты по Оценочной шкале РДА.

12. Специальные исследования (ЭЭГ, РЭГ, Эхо ЭГ).

13. Неврологическое исследование.

14. Заключение логопеда.

15. Другие сведения.

16. Диагноз: (какой диагноз был установлен впервые. диагноз на настоящий момент, трудности диагностики).

Приложение 3 Анализ клинических проявлений в группе несовершеннолетних больных (абсолютные и экстенсивные показатели)

(абсолютные и экстенсивные показатели)		
Клинический признак	К-во больных	
1. Нарушения в сфере коммуникации		
1.1 Патологическая реакция на появление нового человека	43 (75,4 %)	
1.2 Отсутствие фиксации взгляда на лице собеседника	48 (84,2 %)	
1.3. Активное избегание взгляда в глаза собеседника	43 (73,6 %)	
1.4. Отрицательная реакция на вербальные контакты с	, ,	
окружающими, речь не используется как средство коммуникации	23 (40,3 %)	
1.5. Отсутствие инициативы в общении	39 (68,4 %)	
1.6. Отсутствие дифференцировки одушевленного и неодушевленного	37 (64,9 %)	
Bcero	57 (100 %)	
2. Нарушения в аффективной сфере		
2.1. Слабая эмоциональная откликаемость, отсутствие эмпатии	57 (100 %)	
2.2. Дисфорические расстройства	44 (77,1 %)	
2.3. Склонность к эйфории, дурашливости	21 (36,8 %)	
2.4. Проявления агрессии к окружающим	34 (59,6 %)	
2.5. Аутоагрессия	27 (47,3 %)	
Bcero	57(100 %)	
3. Нарушения поведения		
3.1. Периодические «уходы в себя» с отрывом от окружающего	34 (59,6 %)	
3.2. Симбиотическая привязанность к кому-то из близких	12 (21 %)	
3.3. Нарушение ритма «сон – бодрствование»	44 (77,1 %)	
3.4. Избирательность в еде	21 (36,8 %)	
3.5. Нарушение чувства самосохранения	29 (50,8 %)	
3.6. Наличие ритуальных действий	34 (59,6 %)	
3.7. Присутствие страхов	53 (92,9 %)	
3.8. Вычурные, необычные формы поведения	4 (7 %)	
Bcero	57 (100 %)	
4. Нарушения речевой сферы и умственного развития		
4.1. Отсутствие сформированной речи, отсутствие словарного запаса	36 (63 %)	
4.2. Задержка в развитии речи	45 (78,9 %)	
4.3. Дефекты звукопроизношения	19 (33,3 %)	
4.4. Речевые стереотипии	50 (87,7 %)	
4.5. Эхолалии	37 (64,9 %)	
4.6. Снижение интеллекта	16 (28 %)	
Bcero	57 (100 %)	
5. Нарушения двигательной сферы, моторики	I	
5.1. Гипертонус скелетной мускулатуры	24 (42,1 %)	
5.2. Гиптонус скелетной мускулатуры	11 (19,2 %)	
5.3. Неуклюжесть, марионеточность движений	23 (40,3 %)	
5.4. Передвижение «на носочках» или на «деревянных», негнущихся ногах	21 (36,8 %)	
5.5. Задержка в развитии ходьбы	21 (36,8 %)	
5.6. Нарушения в сфере тонкой моторики	49 (85,9 %)	
5.7. Двигательные стереотипии	30 (52,6 %)	
Bcero	57 (100 %)	
6. Особенности игровой деятельности		
6.1. Манипулирование неигровыми предметами	57 (100 %)	
6.2. Отсутствие ролевой игры	57 (100 %)	
6.3. «Очарованность» сенсорными раздражителями	45 (78,9 %)	
Bcero	57 (100 %)	

Анализ клинических проявлений в группе взрослых больных (абсолютные и экстенсивные показатели)

Клинический признак	К-во больных
1. Нарушения в сфере коммуникации	
1.1. Патологическая реакция на появление нового человека	11 (25 %)
1.2. Отсутствие фиксации взгляда на лице собеседника	25 (56,8 %)
1.3. Активное избегание взгляда в глаза собеседника	12 (27,2 %)
1.4. Отрицательная реакция на вербальные контакты с окружающими,	9 (20,4 %)
речь не используется как средство коммуникации	
1.5. Отсутствие инициативы в общении	12 (27,2 %)
1.6. Отсутствие дифференцировки одушевленного и неодушевленного	15 (34 %)
Bcero	44 (100 %)
2. Нарушения в аффективной сфере	
2.1. Слабая эмоциональная откликаемость, отсутствие эмпатии	34 (77,2 %)
2.2. Дисфорические расстройства	22 (50 %)
2.3. Склонность к эйфории, дурашливости	9 (20,4 %)
2.4. Агрессия к окружающим	3 (6,8 %)
2.5. Аутоагрессия	8 (18 %)
Всего	44 (100 %)
3. Нарушения поведения	
3.1. Периодические «уходы в себя»	21 (47,7 %)
3.2. Симбиотическая привязанность	7 (15,9 %)
3.3. Нарушение ритма «сон – бодрствование»	9 (36,8 %)
3.4. Избирательность в еде	15 (34 %)
3.5. Нарушение чувства самосохранения	9 (20,4 %)
3.6. Наличие ритуалов	9 (20,4 %)
3.7. Присутствие страхов	21 (47,7 %)
3.8. Вычурные, необычные формы поведения	4 (9 %)
Bcero	44 (100 %)
4. Нарушения речевой сферы и умственного развити:	 Я
4.1. Отсутствие сформированной речи, отсутствие словарного запаса	7 (15,9 %)
4.2. Задержка в развитии речи	7 (15,9 %)
4.3. Дефекты звукопроизношения	5 (11,3 %)
4.4. Речевые стереотипии	16 (36,3 %)
4.5. Эхолалии	15 (34 %)
4.6. Снижение интеллекта	17 (38,6 %)
Bcero	44 (100 %)
5. Нарушения двигательной сферы, моторики	
5.1. Гипертонус скелетной мускулатуры	3 (6,8 %)
5.2. Гипотонус скелетной мускулатуры	4 (9 %)
5.3. Неуклюжесть, марионеточность движений	3 (6,8 %)
5.4. Передвижение «на носочках» или на «деревянных», негнущихся ногах	-
5.5. Задержка в развитии ходьбы	-
5.6. Нарушения в сфере тонкой моторики	11 (25 %)
5.7. Двигательные стереотипии	8 (18 %)
Bcero	44 (100 %)
6. Особенности игровой деятельности	(/-/
6.1. Манипулирование неигровыми предметами	12 (27,2 %)
6.2. Отсутствие ролевой игры	-
6.3. «Очарованность» сенсорными раздражителями	10 (22,7 %)
	44 (100 %)

Оглавление

Предисловие	3
Введение	5
Глава 1. УЧАСТИЕ КЛИНИЧЕСКИХ, КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО- БИОЛОГИЧЕСКИХ И МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (обзор литературы)	9
1.1.Место нарушений расстройств аутистического спектра среди других психических расстройств	9
1.2.Роль биологических факторов в формировании рас- стройств аутистического спектра	13
1.3. Конституциональные и наследственные факторы возник- новения расстройств аутистического спектра	. 18
1.4.Значение микросоциальных факторов для формирования расстройств аутистического спектра	22
1.5.Влияние клинических, биологических и микросоциальных факторов на реабилитацию больных расстройствами аутистического спектра	25
Глава 2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К АНАЛИЗУ РАС- СТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА	34
Глава 3. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ГОРОД-СКОЙ ПОПУЛЯЦИИ СИБИРСКОГО РЕГИОНА	42
3.1. Распространенность расстройств аутистического спектра (по данным Советского района Новосибирска)	42
3.2.Особенности социальной адаптации больных расстрой- ствами аутистического спектра	49
3.3.Клиническая характеристика больных расстройствами ау- тистического спектра	51
3.4.Клинико-нозологическая характеристика больных рас- стройствами аутистического спектра	.65
Глава 4. РОЛЬ БИОЛОГИЧЕСКИХ, КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ И МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ИХ ВЛИЯ-	
НИЕ НА ПРОГНОЗ	68
рование расстройств аутистического спектра	68
формирование расстройств аутистического спектра	76
4.3.Микросоциальные факторы формирования расстройств аутистического спектра	84
4.4.Смена диагноза у взрослых больных расстройствами аути- стического спектра	97
·/////////////////////////////////////	$\sim\sim$

Глава 5. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАМИ АУТИ- СТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	07
5.1.Структура психиатрической и психолого-педагогической по- мощи больным расстройствами аутистического спектра в Новосибирске)8
5.2.Эффективность психолого-педагогической реабилитации больных расстройствами аутистического спектра на разных возрастных этапах11	13
5.3.Психолого-педагогическая коррекция у больных расстрой- ствами аутистического спектра11	16
5.4. Участие родителей в реабилитационном процессе больных расстройствами аутистического спектра	28
5.5.Эффективность медикаментозной терапии в процессе реа- билитации больных расстройствами аутистического спектра 13	31
5.6.Эффективность госпитального этапа реабилитации больных расстройствами аутистического спектра13	37
5.7. Алгоритм оказания специализированной помощи больным расстройствами аутистического спектра	1 0
Заключение	14
Список использованной литературы 16	31
Приложение	32

Научное издание

Монография

Кира Александровна Натарова Аркадий Валентинович Семке Елена Владимировна Гуткевич

РАССТРОЙСТВА АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЙ, РЕГИОНАЛЬНЫЙ И СЕМЕЙНЫЙ АСПЕКТЫ)

Редактор И. А. Зеленская

Оформление обложки – М. М. Аксенова

В оформлении обложки использованы фрагменты художественных работ лиц с расстройствами аутистического спектра

Подписано в печать 30.10.2012 г.

Формат 60х84¹/₁₆. Бумага офсетная № 1. Печать офсетная. Печ. л.; усл. печ. л.; уч.-изд. л. Тираж 500. Заказ №

Тираж отпечатан в типографии «Иван Фёдоров» 634026, г. Томск, ул. Розы Люксембург, 115/1 Тел.: (3822)78-80-80, тел./факс: (3822)40-79-55 E-mail: mail@if.tomsk.ru