

На правах рукописи

ХАЙРЕТДИНОВ

Олег Замильевич

**КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ
АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

14.01.06 – психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург – 2015

Работа выполнена в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева

Научный руководитель: доктор медицинских наук
Макаров Игорь Владимирович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой детской психиатрии и
психотерапии Российской медицинской академии
последипломного образования
Шевченко Юрий Степанович,

доктор медицинских наук, доцент,
профессор кафедры психиатрии и наркологии
Северо-Западного государственного
медицинского университета им. И.И. Мечникова
Пашковский Владимир Эдуардович

Ведущая организация: Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет

Защита состоится 25 июня 2015 г. в 15 часов 30 минут на заседании диссертационного совета Д 208.093.01 при ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ и на сайте: <http://bekhterev.ru>.

Автореферат разослан 25 мая 2015 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность темы исследования. Аутистические расстройства (АР) детского возраста являются одной из наиболее актуальных проблем в психиатрии в силу роста показателей распространенности, сложностей своевременной диагностики и комплексной коррекции.

Сведения о распространенности АР варьируются в большом диапазоне от 3,3 до 157 на 10 000 детского населения (Gillberg C., 2004; Baron-Cohen S. et al., 2009). По данным Центра контроля и профилактики заболеваний США (Centers for Disease Control and Prevention, 2014), распространенность расстройств аутистического спектра в 2008 г. составляла 11,3 на 1 000 населения (1 случай из 88 детей), а в 2010 г. – 14,7 на 1 000 (1 из 68 детей).

Отсутствует единство взглядов относительно дифференциально-диагностических рамок АР как с другими нарушениями развития и психическими заболеваниями детского возраста, так и внутри группы расстройств аутистического континуума. Несмотря на тенденции к объединению различных диагностических категорий в единое «расстройство аутистического спектра» в DSM-V и МКБ-11 (Корень Е.В., Куприянова Т.А., 2014), дифференциация внутри группы АР необходима в связи с существенными различиями течения, терапии, прогноза, образовательного маршрута и пр.

Недостаточно определенная диагностическая категория «атипичного аутизма» в МКБ-10 (F84.1) включает неоднородные клинико-нозологических состояния, что требует дальнейшего уточнения (Тиганов А.С., Башина В.М., 2005; Симашкова Н.В., 2006, 2013; Скворцов И.А., Башина В.М., 2013; Volkmar F.R. et al., 2009). Наиболее распространенными клиническими вариантами АР в составе данной диагностической категории, помимо умственной отсталости с аутистическим поведением, являются состояния с фенотипически приближенной к синдрому Каннера симптоматикой при ранней детской шизофрении и резидуально-органическом поражении головного мозга.

Пациенты именно этой группы вызывают чаще всего диагностические расхождения между специалистами и представителями различных школ отечественной детской психиатрии, а также во многом определяют различия статистических показателей распространенности аутистических расстройств в разных регионах страны. Определенные сложности в полноте охвата диагностических признаков создает и собственно искаженный аутистический дизонтогенез, сочетающий феномены недоразвития и акселерации одних и тех же психических функций (Башина В.М., 1999).

Степень разработанности темы исследования. Несмотря на то, что основными диагностическими критериями аутизма у детей являются поведенческие признаки (отгороженность и избегание контакта, особенности речи и предпочитаемых занятий, стереотипии и ритуализированные действия и т.д.), прежде не проводилось систематического клинико-этологического исследования невербального поведения при аутизме. Многообразие и вариабельность признаков АР у детей, выраженные трудности, а часто и невозможность установления контакта и получения информации от самого ребенка, дефицит достоверных анамнестических сведений и результатов объективных параклинических исследований, а также специфика клинико-психопатологического метода, предполагающая регистрацию и квалификацию расстройств на основе субъективного опыта и концепций клинициста, повышают значимость объективизированного наблюдения и оценки невербального поведения (НП).

Для исследования НП при АР использован клинико-этологический метод (Самохвалов В.П., 1984; Корнетов Н.А. и др., 1990; Коробов А.А., 1991), включающий фиксацию и анализ признаков НП на уровне элементов двигательных актов, простых комплексов поведения и сложных поведенческих форм.

Цель исследования – выделение дифференциально-диагностических клинико-психопатологических признаков основных клинических вариантов

аутистических расстройств у детей, дополненных результатами клинико-этологического исследования.

Задачи исследования:

1. Исследование НП детей с АР с помощью клинико-этологического метода.
2. Выделение признаков НП, общих для всех изученных групп АР.
3. Выделение специфических признаков НП для конкретных клинических вариантов АР у детей (синдромов Каннера и Аспергера, умственной отсталости с аутистическим поведением, при резидуально-органическом поражении головного мозга и ранней детской шизофрении).
4. Составление клинико-этологического перечня (шкалы) дифференциально-диагностических значимых признаков НП у детей с АР.

Научная новизна исследования. Впервые в детской психиатрии проведено систематизированное клинико-этологическое исследование аутистических расстройств в детском возрасте. Выделены общие признаки невербального поведения, характерные для всех изученных групп аутистических расстройств. Выявлены специфические поведенческие признаки и разработаны клинико-этологические дифференциально-диагностические критерии синдромов Каннера, Аспергера, умственной отсталости с аутистическим поведением, аутистических расстройств при резидуально-органических поражениях головного мозга и при ранней детской шизофрении. Показано значение фактора резидуально-органического поражения головного мозга в оформление клинической картины синдромов Каннера и Аспергера. Уточнены дополнительные поведенческие симптомы, дифференциально-диагностические критерии и признаки невербального поведения, характерные для атипичного аутизма, сочетающегося с умственной отсталостью.

Практическая значимость исследования. Выявлены типологические особенности невербального поведения, относительно специфические для различных клинических вариантов аутистических расстройств. На основе

выработанных клинико-этологических критериев совершенствуется диагностика и дифференциальная диагностика аутистических расстройств у детей. Использование в практической психиатрии клинико-этологической шкалы дифференциальной диагностики АР позволяет в большей степени объективизировать и унифицировать диагностический процесс, более тонко и дифференцированно подходить к терапии с учетом динамики поведенческих симптомов, способствует более четкому и объективному контролю лечения и оценки его эффективности. Результаты исследования позволяют повысить эффективность выявления наиболее сложных для диагностики пациентов с атипичным аутизмом, имеющих отдельные симптомы детского аутизма и психического недоразвития с возможностью положительной динамики показателей уровня интеллекта при условии смягчения коммуникативных нарушений и жесткости стереотипного поведения, а также определения прогноза, коррекционно-терапевтической стратегии, своевременного изменения образовательного маршрута.

Объект исследования – дети, страдающие аутистическими расстройствами.

Предмет исследования – признаки невербального поведения больных с аутистическими расстройствами при синдромах Каннера и Аспергера, умственной отсталости с аутистическим поведением, резидуально-органическом поражении головного мозга и ранней детской шизофрении

Положения, выносимые на защиту:

1. Анализ НП детей, страдающих АР, существенно расширяет возможности клинико-психопатологического метода, уточняя и детализируя поведенческие симптомы расстройств.

2. Различные клинические формы АР имеют общие клинико-этологические диагностические признаки.

3. Степень выраженности специфических признаков НП позволяет отчетливо дифференцировать клиническую картину синдромов Каннера,

Аспергера, умственной отсталости с аутистическим поведением, аутистических расстройств при резидуально-органическом поражении головного мозга и при ранней детской шизофрении.

4. Выделенные признаки невербального поведения могут быть основой для составления клиническо-этологического глоссария регистрации и перечня (шкалы) дифференциально-диагностических значимых признаков аутистических расстройств у детей.

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на международных и российских научных конгрессах и конференциях, в том числе: XIII съезде психиатров России (Москва, 2000), конгрессе по детской психиатрии (Москва, 2001), XV съезде психиатров России (Москва, 2010), Всероссийской научно-практической конференции «Приоритетные направления охраны здоровья ребенка в неврологии и психиатрии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика)» (Тула, 2011), Всероссийской научно-практической конференции «Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии» (Самара, 2013), V Международном конгрессе «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (Москва, 2013), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации» (Санкт-Петербург, 2014).

Результаты исследования используются в процессе преподавания на кафедре психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Самарского государственного медицинского университета. Полученные результаты применяются в ходе практической лечебной работы в Центре восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина. Разработанные практические рекомендации позволяют внедрить их в лечебно-

профилактическую работу детских амбулаторных и стационарных психиатрических учреждений.

Публикации. По материалам исследования опубликовано 19 научных и учебно-методических работ, в том числе 3 статьи в рецензируемых журналах, входящих в перечень ВАК.

Объем и структура диссертации. Содержание работы изложено на 155 страницах и состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов и указателя литературы (308 источников, из них 197 на русском и 111 на иностранных языках).

Материалы и методы исследования

Клинико-психопатологическое исследование и изучение особенностей НП проведено у 215 детей в возрасте от 2 до 7 лет (40 девочек и 175 мальчиков, соотношение 1:4,4), в клинической картине заболевания которых наблюдались АР в рамках детского аутизма (F84.0), атипичного аутизма (F84.1), синдрома Аспергера (F84.5), детского типа шизофрении (F20.8x3) по МКБ-10.

Исследования проводились на базе детского отделения ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница» (главный врач к.м.н. М.С. Шейфер) с 2001 по 2012 гг. при поддержке кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» (выражаем признательность и благодарность профессору Г.Н. Носачеву за неоценимую помощь и участие на первом этапе исследования) и СПбГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина» (главный врач к.м.н. Д.Ю. Шигашов) в 2013-2014 гг.

Сформировано пять клинико-нозологических групп пациентов:

- 1) с синдромом Аспергера (СА) – 31 (26 мальчиков и 5 девочек);
- 2) с синдромом Каннера (СК) – 38 (29 мальчиков и 9 девочек);
- 3) с умственной отсталостью с аутистическим поведением (УО) – 73 (60 мальчиков и 13 девочек);

4) с АР при резидуально-органических поражениях головного мозга (**РО**) – 44 (38 мальчиков и 6 девочек);

5) с АР при ранней детской шизофрении (**ДШ**) – 29 (22 мальчика и 7 девочек).

Подобное подразделение на группы было связано с наибольшей представленностью детей с данными расстройствами среди контингента обследованных больных. Пациенты с умственной отсталостью с аутистическим поведением, АР при органическом поражении головного мозга и ранней детской шизофрении составляют основную часть больных, диагностируемых согласно МКБ-10 в рамках категории «атипичный аутизм» (F84.1). Несмотря на наличие для квалификации детского типа шизофрении отдельного кода (F20.8x3), при одномоментной оценке в «поперечном разрезе» в клинической практике симптоматика пациентов с данным заболеванием часто квалифицируются в рамках «атипичного аутизма» (F84.1).

В сравниваемые группы не были включены больные, страдающие синдромом Ретта (F84.2) в связи с малочисленностью наблюдений в исследованной когорте пациентов.

В состав третьей выделенной группы **УО** не включались больные с дифференцированными формами умственной отсталости в структуре генетической и хромосомной патологии и обменных нарушений (синдромы Дауна, Мартина-Белл, Ангельмана, Вильямса, фенилкетонурия и др.) в связи с наличием характерных для каждого вида указанных расстройств мимических, пантомимических и прочих признаков НП, способных изменить специфику клинико-этологических признаков при умственной отсталости с аутистическим поведением.

В последующем из группы пациентов **СК** (F84.0) была выделена подгруппа, включающая 17 детей (15 мальчиков и 2 девочки), отличающаяся сочетанием типичной клинической картиной синдрома Каннера с признаками выраженного органического поражения головного мозга. От больных четвертой

группы **ОР**, диагностированных по МКБ-10 в качестве «атипичного аутизма» (F84.1) они отличались «типичной» клинической картиной с наличием симптомов всех трех групп диагностических критериев (нарушения социального взаимодействия, коммуникации, стереотипные интересы и действия). Выделение этой подгруппы обусловлено попыткой выявления дифференциальных клинических и невербально-поведенческих признаков собственно аутистического расстройства и сопутствующего органического поражения ЦНС. Оставшаяся часть – 21 пациент (14 мальчиков и 7 девочек) составили подгруппу больных с «чистым» синдромом Каннера.

В группе **СА** (F84.5) также выделена подгруппа детей (9 человек) с сопутствующими признаками выраженного органического поражения головного мозга для выявления специфических признаков, привносимых резидуально-органическим фоном.

Наибольшее количество пациентов оказалось в группе **УО** – 34,0%; 20,5% – в группе **РО**, и наименьшее – в оставшихся группах, что, возможно, отражает распределение данных клинико-нозологических категорий в популяции больных АР, обращающихся за помощью в психиатрические учреждения.

Полученные нами данные о преобладании мальчиков согласуются с приводимыми в литературе эпидемиологическими сведениями о гендерных различиях распространенности аутистических расстройств в детском возрасте. Наибольшие показатели преобладания мальчиков отмечены в группах **РО** (6,3:1) и **СА** (5,5:1), наименьшие – в группах **ДШ** (3,1:1) и **СК** (3,2:1).

Исследование НП детей с АР проводилось в стандартных условиях лечебно-профилактических учреждений в неизменной обстановке кабинета при контакте со специалистами, персоналом, детьми и родственниками. Изучались особенности глазного контакта, мимики, жестикуляции, позы и проксемических характеристик, моторики (в том числе моторных стереотипий), походки, особенностей игры, невербальных характеристик речи, ритуальных действий. Признаки НП фиксировались по составленной клинико-

этологической карте (19 групп признаков НП, общее количество признаков – 150). Клинико-катамнестический анализ осуществлялся в отношении 74 больных (34,4%) продолжительностью от 1 до 9-ти лет в период с 2003 по 2012 годы.

Статистическая обработка результатов производилась методом рангового анализа вариаций по Краскелу-Уоллису, предназначенного для непараметрического сравнения трех и более независимых (несвязанных) групп, а также путем сравнительного анализа таблиц сопряженности и определения критерия χ^2 – Пирсона ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Особенности раннего онтогенеза

Наиболее существенные различия в особенностях раннего онтогенеза между группами ($p < 0,001$) касались развития речи – задержка речевого развития отмечена у 72,1% больных, при этом она встречалась у абсолютного большинства в группах **УО** (98,6%), **СК** (89,5%) и **РО** (81,8%), и напротив, только у пятой части детей из группы **СА** (19,4%) и четверти пациентов **ДШ** (24,1%). Следует подчеркнуть возможность некоторого отставания в развитии речи при **СА** в отличие от широко распространенного мнения, что при данном расстройстве всегда имеется опережение в речевом развитии. Наличие задержки развития речи дает основание некоторым авторам для исключения диагноза синдрома Аспергера и диагностики высокофункционального детского аутизма. Для решения задач настоящего исследования не проводились различия между данными диагностическими категориями.

Две трети пациентов группы **СА** (67,7%) и около трети групп **РО** (31,8%) и **ДШ** (31,0%) отличались опережением речевого развития. Регресс речи отмечен у многих детей групп **РО** (43,2%), **ДШ** (41,4%) и **СК** (31,6%).

Также статистически высокосignимые различия между группами ($p < 0,001$) установлены для недостаточности реагирования (ареактивности) при

дискомфорте (голод, мокрые пеленки и пр.). Чаще всего данный признак отмечен в группах **СК** (52,6%) и **УО** (45,2%), в то время как значительно реже – в группах **РО** (27,3%), **ДШ** (17,2%) и почти не встречался при **СА** (6,5%). Повышенная чувствительность при дискомфорте заметно чаще наблюдалась в группе **СА** (38,7%, $p<0,01$).

Недостаточность реакции на зрительные и слуховые раздражители преобладала ($p<0,01$) в группах **СК** (81,6%), **СА** (71,0%) и **РО** (67,1%). Недостаточность принятия позы готовности чаще встречались ($p<0,05$) в группах **СК** (73,7%) и **СА** (71,0%). Регресс двигательных навыков отмечен почти у трети пациентов из групп **ДШ** (31,0%) и **РО** (27,3%), очень редко – **УО** (8,2%) и **СК** (5,3%) и отсутствовал при **СА**.

Повышенная возбудимость превалировала ($p<0,05$) у детей групп **РО** (72,7%) и **УО** (61,6%). У половины больных группы **ДШ** (52,6%) и **СК** (42,1%) происходила инверсия сна и бодрствования ($p<0,05$).

В результате проведенного исследования выделены как общие клинико-этологические признаки, присущие пациентам всех изученных групп, так и специфические, характерные для детей с определенным клиническим вариантом аутистических расстройств.

2. Общие клинико-этологические особенности больных с аутистическими расстройствами

Ниже приведены данные о частоте общих неспецифических клинико-этологических признаков, наблюдавшихся более чем в 50% по усредненным значениям для всех исследованных групп.

Из *простых форм поведения* наиболее частыми общими во всех группах детей характеристиками были:

- особенности зрительного контакта в виде «ускользания», частого отведения взгляда ребенка, когда он смотрел в глаза лишь несколько секунд (62,8%);

- крайняя бедность мимических изменений при попытке вступить во взаимодействие с ребенком (65,1%), за исключением группы **РО** (31,8%);
- угловатая, неловкая жестикуляция (58,6%);
- жесты отстранения (51,6%), преобладавшие у детей из групп **ДШ** (72,4%), **СА** (67,7%), и встречавшиеся заметно реже в группах **УО** (39,7%) и **РО** (40,9%);
- недостаточность указательных и коммуникативных жестов (80,5%), встречалась практически у всех пациентов групп **УО** (97,3%), **СК** (94,7%) и только у половины группы **ДШ** (51,7%).

Из *сложных форм поведения* во всех исследованных группах детского аутизма отмечались следующие проявления:

- недостаточная способность уступить, пожалеть, учесть интересы другого (86,0%);
- отсутствие стремления поделиться радостью, достижениями с другими людьми (74,4%);
- отсутствие концентрации внимания на общих объектах (67,9%);
- повышенная активность, неусидчивость (57,7%);
- скованные, механистичные, угловатые общая моторика (54,0%) и походка (59,1%);
- нецеленаправленное блуждание, полевое поведение (65,6%), за исключением группы **СА** (6,5%);
- особенности контактов со сверстниками в форме безразличия, когда пациенты «не замечали» других детей (61,9%), за исключением группы **СА** (22,6%) и, в меньшей степени – в группе **РО** (43,2%);
- отсутствие указаний жестами на объект общего интереса другому человеку (61,9%), за исключением группы **СА** (22,6%);

- отсутствие ответных эмоциональных реакций на ласку, похвалу (68,8%), в большей степени проявившееся в группах **ДШ** (93,1%) и **СК** (81,6%), в меньшей – в группах **СА** (45,2%) и **ОР** (52,3%);
- обращение к окружающим только в случае, когда что-то нужно дать, достать и пр. (65,5%), кроме детей группы **СА** (22,6%);
- отсутствие реакции или отклика на обращение (60,9%), кроме группы **СА** (22,6%) и, в меньшей степени, группы **РО** (34,5%).

Невербальные характеристики речи отличались следующими особенностями:

- отсутствием гибкой реакции на полученное сообщение (62,8%);
- отсутствием инициативы при разговоре (52,1%)
- непосредственными эхолалиями (51,6%), кроме группы **СА** (22,6%) и, в меньшей степени, **УО** (37,0%).

Игровая и имитационная деятельность характеризовалась:

- отсутствием коммуникативных и ролевых игр (76,7%);
- слабым пониманием простых социальных ситуаций (83,7%), в меньшей степени в группе **СА** (51,6%);
- невозможностью использовать простейшие социальные навыки без внешнего побуждения и диктовки (79,1%).

Стереотипность поведения проявлялась:

- выраженной избирательностью в еде (55,3%);
- избеганием нестандартных, новых, непривычных ситуаций (60,5%), в значительно меньшей степени у пациентов группы **ДШ** (31,0%).

Описанные признаки НП являются общими для всех аутистических расстройств у детей и могут быть дополнительными опорными пунктами для диагностики и дифференциации от других (неаутистических) психических заболеваний и нарушений развития детского возраста.

Отмеченные случаи статистически достоверной меньшей частоты определенных признаков НП в отдельных группах представляют собой отличительные проявления «атипичности» клинической картины, важные для дифференциальной диагностики АР внутри аутистического континуума.

3. Специфические клинико-этологические особенности больных различными клиническими вариантами аутистических расстройств

Основным фокусом проведенного исследования было выделение специфических признаков НП, характерных для определенных клинических форм АР, для использования их с дифференциально-диагностической целью.

При *синдроме Аспергера* преобладали ($p<0,001$) активное стремление пациентов к прекращению контакта при попытке вступить во взаимодействие с ними (93,5%); достаточно сформированная разговорная речь (87,1%); стремление педантично следовать нормам и правилам, поддерживать порядок (80,6%); необычные и традиционные увлечения, носящие сверхценный характер (по 74,2%); предпочтение контактов со взрослыми, монолог «взахлеб» и отдельные попытки имитации и неловкого подражания взрослым в выполнении домашних или профессиональных функций (по 67,7%); «книжная», «взрослая» речь со стремлением использовать специальную терминологию, штампованные фразы (61,3%).

Для пациентов с *синдромом Каннера* в большей степени свойственны ($p<0,001$) манипулирование предметами в виде пересыпания, верчения, переключивания, постукивания (78,9%); однообразные манипуляции с игрушками в отрыве от их предназначения (73,7%); сосредоточенность на отдельных свойствах или частях предмета без целостного использования (63,2%); жесткая привязанность социальных и бытовых навыков к определенной ситуации или человеку и длительное фиксирование внимания на малодинамичных явлениях (по 60,5%); пластичность отдельных действий на фоне общей неловкости (39,5%). Значительно чаще ($p<0,001$), чем в оставшихся группах, при СК и в группах УО и РО наблюдались механическое

использование руки взрослого в качестве инструмента (86,8%); при **СК** и **УО** – отсутствие вопросов (81,6%); при **СК** и **РО** – моторные стереотипии в виде взмахов, сгибания-разгибания рук в локтевых и плечевых суставах (63,2%).

При *умственной отсталости с аутистическим поведением* наиболее часто наблюдались ($p < 0,001$) видимое пренебрежение реальной опасностью (75,3%); отсутствие навыков пользоваться туалетом (65,8%); отсутствие обращений с просьбой в какой бы то ни было форме (63,0%); практически полное отсутствие разговорной речи без попыток компенсации мимикой и жестами (52,1%). Чаще, чем в других группах, при **УО** и **ДШ** встречалось нецеленаправленное блуждание и полевое поведение (86,3%); в группах **УО**, **ДШ** и **СК** – отсутствие слежения за движениями находящегося рядом человека (61,6%); **УО** и **РО** – простые патологические привычные действия (65,8%). Учитывая наблюдавшуюся положительную динамику показателей уровня интеллекта (до 30 и более баллов по WISC) у некоторых больных при условии смягчения коммуникативных нарушений и жесткости стереотипного поведения, можно сделать парадоксальный на первый взгляд вывод о более благоприятных прогностических ожиданиях у пациентов данной группы в сравнении с умственно отсталыми детьми без аутистических симптомов. Недооценка или игнорирование аутистических черт поведения, на наш взгляд, в ряде случаев может приводить к ошибочным решениям при определении прогноза, коррекционно-терапевтической стратегии, своевременного изменения образовательного маршрута и пр.

При *АР в рамках резидуально-органического поражения головного мозга* чаще отмечались признаки атипизма ($p < 0,001$): тенденция держаться рядом с родителем при стремлении уклоняться от попыток организовать взаимодействие с ним (47,7%); в трети случаев – стремление к телесным контактам, объятиям (36,4%), мимика смущения и неразборчивость контактов (по 31,8%); у четверти пациентов - фрагментарные попытки к компенсации дефицита разговорной речи мимикой и жестами (22,7%; $p < 0,01$); относительно

сохраненный зрительный контакт (15,9%; $p < 0,05$), редкость взгляда «мимо» и «рядом» с собеседником (6,8%). Некоторые особенности НП пациентов данной группы оказались сходными с признаками, характерными для *синдрома Аспергера*: попытки подражать взрослым в выполнении домашних или профессиональных функций (38,6%); предпочтение контактов со взрослыми (31,8%). У большинства детей с аутистическими расстройствами при резидуально-органических поражениях головного мозга отмечается метеолабильность и метеочувствительность, корреляция аутистических симптомов с интеркуррентными инфекционными заболеваниями и соматическим неблагополучием (так называемый, феномен соматопсихического параллелизма).

Для детей с *АР при детской шизофрении* характерны бег по кругу или «от стены к стене», удары туловищем и головой по твердым поверхностям, парадоксальная жестикуляция (по 79,3%); взгляд «мимо» человека или «рядом» с ним, крайне необычные, нетипичные, вычурные страхи (по 72,4%); жесты (65,5%) и мимические изменения, не связанные с происходящим в данный момент; смена мимических выражений без плавных переходов (по 58,6%); неологизмы (65,5%); манерная походка и агрессивные жесты (по 62,1%); активное отвержение зрительного контакта в виде отворачивания, вскрикивания и закрывания лица руками при встрече с взглядом другого человека (55,2%); несоответствие выражений разных областей лица, взгляд исподлобья и гротескность и причудливость размаха движений (по 34,5%); прерывание начатого действия, застывания, замирания (31%); гримасы, негативизм и требования участия окружающих в выполнении ритуалов (по 41,4%); речь нараспев, растягивание слов и эпизоды субступора (по 27,6%); эхомимия и непрерывный глазной контакт (по 24,1%); немигающий взгляд (20,7%).

ВЫВОДЫ

1. У детей с АР клинико-этологический метод можно расценивать как базовый (ведущий), так как он позволяет анализировать НП и выделять типологические (психопатологические) особенности, уточняя дополнительные признаки клинической картины и поведенческие симптомы с целью диагностики и дифференциальной диагностики.

2. АР в рамках синдромов Каннера и Аспергера, атипичного аутизма при умственной отсталости с аутистическим поведением, резидуально-органических поражениях головного мозга и ранней детской шизофрении, имеют общие клинико-этологические признаки:

2.1. Среди *простых форм поведения*: «ускользание» зрительного контакта; гипомимия; жесты отстранения; дефицит указательных и коммуникативных жестов; угловатая, неловкая жестикуляция.

2.2. В ряду *сложных форм поведения*: гиперактивность; механистичные общая моторика и походка; недостаток учета интересов другого; отсутствие концентрации внимания на общих объектах, отсутствие коммуникативных и ролевых игр; избегание новых ситуаций и выраженная избирательность в еде.

2.3. Для *всех групп АР, кроме синдрома Аспергера*, свойственны полевое поведение; безразличие к сверстникам; отсутствие концентрации внимания и указаний жестами на объект общего интереса; обращение к окружающим только при необходимости; отсутствие реакции или отклика на обращение; непосредственные эхолалии.

3. Выделены специфические признаки НП, позволяющие дифференцировать различные клинико-нозологические варианты АР у детей:

3.1. При *синдроме Аспергера* преобладали активное стремление к прекращению контакта; педантичное следование правилам; предпочтение контактов со взрослыми; специфические невербальные особенности речевого контакта.

3.2. Для пациентов с *синдромом Каннера* свойственны использование руки взрослого как инструмента; простые стереотипные действия и манипулирование предметами; длительное фиксирование внимания на малодинамичных явлениях.

3.3. При *умственной отсталости с аутистическим поведением* чаще отмечались видимое пренебрежение реальной опасностью; отсутствие разговорной речи без компенсации мимикой и жестами.

3.4. Для *АР в рамках резидуально-органического поражения головного мозга* свойственны признаки атипичности в виде относительно сохранного зрительного контакта; в трети случаев – стремление к телесным контактам, объятиям и неразборчивость контактов; мимика смущения; у четверти пациентов – частичная компенсация дефицита речи мимикой и жестами.

3.5. Для детей с *АР при детской шизофрении* характерны активное отвержение зрительного контакта или непрерывный глазной контакт; признаки диссоциации мимики; гримасы; жесты и мимика, не связанные с ситуацией; «манежный» и «челночный» бег; манерная и порывистая походка; замирания и прерывание начатых действий; гротескность и причудливость размаха движений.

4. Сопутствующие признаки *резидуально-органического поражения ЦНС* существенно не изменяли типичной картины *синдрома Каннера*, а при сочетании с *синдромом Аспергера*, напротив, были связаны с атипичностью проявлений (задержка речевого развития) и сходством по ряду особенностей НП с АР в рамках резидуально-органического поражения головного мозга.

Практические рекомендации

1. Рекомендовано применение разработанной нами клинико-этологической шкалы дифференциальной диагностики АР (описание содержится в тексте диссертации), позволяющей объективизировать и стандартизировать диагностику и дифференциацию синдромов Каннера,

Аспергера, умственной отсталости с аутистическим поведением, АР в рамках резидуально-органического поражения головного мозга и ранней детской шизофрении с учетом специфических признаков невербального поведения.

2. Целесообразно участие родителей (законных представителей) пациентов при использовании клинико-этологической шкалы дифференциальной диагностики АР для получения более полной информации, активизации их инициативы и конструктивного отношения, повышения комплаентности при проведении лечебно-диагностических мероприятий.

3. Необходимо учитывать наличие отдельных симптомов аутистических расстройств в структуре умственной отсталости и резидуально-органического поражения ЦНС в связи с возможной положительной динамикой показателей уровня интеллектуального развития при условии смягчения коммуникативных нарушений и жесткости стереотипного поведения для более благоприятных прогностических ожиданий и соответствующего своевременного изменения образовательного маршрута.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Статьи, опубликованные в журналах из Перечня ВАК

1. Хайретдинов О.З. Клинико-этологическая дифференциация детского аутизма / О.З. Хайретдинов // Аспирантский вестник Поволжья. – Самара, 2008. – № 3-4. – С. 43-46.

2. Хайретдинов О.З. Влияние психического расстройства у ребенка на родителей в контексте дифференцированных подходов к психосоциальным вмешательствам в детской психиатрии / Е.В. Корень, Т.А. Куприянова, А.О. Дробинская, О.З. Хайретдинов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – № 10. – С. 14-19.

3. Хайретдинов О.З. Клинико-этологическая дифференциация аутистических расстройств у детей / О.З. Хайретдинов, И.В. Макаров // Вестник психотерапии. – 2015. – № 53 (58). – С. 71-82.

Другие научные публикации

4. Хайретдинов О.З. Поведенческие критерии в дифференциации эндогенного и органического детского аутизма / О.Ю. Уваровская, О.З. Хайретдинов // Современные вопросы военной и гражданской медицины. Материалы XXXIII итоговой научной конференции научно-педагогического состава Самарского военно-медицинского института. – Самара, 2000. – С. 191-192.

5. Хайретдинов О.З. Обоснование клинико-этологического подхода в изучении детского аутизма / В.Я. Сидельников, О.Ю. Уваровская, О.З. Хайретдинов // Актуальные вопросы последиplomной подготовки на рубеже тысячелетий. Сборник тезисов докладов научно-практической конференции. – Самара, 2000. – С. 219-220.

6. Хайретдинов О.З. Дифференциальная диагностика детского аутизма: клинико-этологический подход / О.Ю. Уваровская, О.З. Хайретдинов // XIII съезд психиатров России. Материалы съезда. – М., 2000. – С. 145.

7. Хайретдинов О.З. Стандартизация диагностики и количественной оценки симптомов детского аутизма на основе клинико-этологического метода / О.Ю. Уваровская, О.З. Хайретдинов // Конгресс по детской психиатрии: Материалы конгресса. – М.: РОСИНЭКС, 2001. – С. 208.

8. Хайретдинов О.З. Ранний детский аутизм и ранняя детская шизофрения – критерии разграничения / В.Я. Сидельников, О.Ю. Уваровская, О.З. Хайретдинов // Актуальные вопросы современной медицины. Сборник тезисов и статей XXXV итоговой научной конференции научно-педагогического состава Самарского военно-медицинского института. – Самара, 2002. – С. 216-217.

9. Хайретдинов О.З. Диагностические и прогностические критерии детского аутизма / В.Я. Сидельников, О.Ю. Уваровская, О.З. Хайретдинов // Профилактика – основа современного здравоохранения: материалы XXXVIII

научно-практической межрегиональной конференции врачей. – Ульяновск: ФГУП ИПК «Ульяновский дом печати», 2003. – С. 276-278.

10. Хайретдинов О.З. Использование оценочных (рейтинговых) шкал в диагностике детского аутизма / О.З. Хайретдинов // Сборник научных работ: Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной психиатрии, психотерапии и наркологии». 11-12 сентября 2007 г. – Пенза, 2007. – С. 210-211.

11. Хайретдинов О.З. Дифференциальная диагностика клинических форм детского аутизма с применением клинико-этологического метода / О.З. Хайретдинов // Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации. – 13-14 ноября 2008. – СПб, 2007. – С. 161.

12. Хайретдинов О.З. Социальный прогноз и клинико-этологическая дифференциация детского аутизма / О.З. Хайретдинов // Третий национальный конгресс по социальной психиатрии, посвященный 150-летию со дня рождения В.П. Сербского. Социальная психиатрия будущего. Материалы конгресса. – Москва, 27-28 ноября 2008 года. – М., 2008. – С. 143.

13. Хайретдинов О.З. Исследование катамнеза больных с различными формами детского аутизма / О.Ю. Уваровская, О.З. Хайретдинов // Материалы XV съезда психиатров России. Москва, 9-12 октября 2010 г. – М.: ИД «Медпрактика – М», 2010. – С. 163.

14. Хайретдинов О.З. Исследование феноменологии органического аутизма с помощью клинико-этологического метода / О.З. Хайретдинов, Л.И. Рубакова // Приоритетные направления охраны здоровья ребенка в неврологии и психиатрии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика): сб. тезисов Всероссийской научно-практической конференции / Под ред. проф. Е.В. Макушкина, проф. А.С. Петрухина. – СПб: Альта Астра, 2011. – С. 161-162.

15. Хайретдинов О.З. Возможности оценочных шкал в диагностике и дифференциации детского аутизма / О.З. Хайретдинов // Четвертый национальный конгресс по социальной психиатрии, посвященный 90-летию ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского». Модернизация психиатрической службы – необходимое условие улучшения общественного психического здоровья организационные, терапевтические и профилактические аспекты. Всероссийская конференция Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным / Под редакцией З.И. Кекелидзе и В.Н. Краснова. – СПб: Айсинг, 2011. – С. 115.

16. Хайретдинов О.З. Алгоритм дифференциальной диагностики расстройств аутистического спектра / О.З. Хайретдинов, Д.В. Романов // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» / Под редакцией проф. Н.Г. Незнанова, проф. К.К. Яхина. – СПб, 2012. – С. 210.

17. Хайретдинов О.З. Дифференциация синдрома Каннера и атипичного аутизма с применением клинико-этологического метода / О.З. Хайретдинов // Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии. 19-21 сентября 2013 года, г. Самара, тезисы конференции / Под редакцией проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.Н. Краснова; – Самара, 2013. – С. 325.

18. Хайретдинов О.З. Диагностика органического аутизма среди расстройств аутистического спектра: возможности оценочных шкал / О.З.Хайретдинов, Г.Н.Носачев // Материалы V Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья / Под ред. А.А. Северного, Ю.С. Шевченко. Москва, 24-27 сентября 2013 г. – М., 2013. – С. 285.

19. Хайретдинов О.З. Клинико-этологическая дифференциация органического и процессуального детского аутизма / О.З. Хайретдинов //

Детская психиатрия: современные вопросы диагностики, терапии, профилактики и реабилитации: сб. мат-лов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / Под редакцией Н.Г. Незнанова, И.В. Макарова. – СПб, 2014 – С. 42-43.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АР – аутистические расстройства

НП – невербальное поведение

СК – синдром Каннера

СА – синдром Аспергера

УО – умственная отсталость (сокращенное обозначение группы больных умственной отсталостью с аутистическим поведением)

РО – резидуально-органическое (поражение головного мозга; сокращенное обозначение группы аутистических расстройств при резидуально-органическом поражении головного мозга)

ДШ – детская шизофрения (сокращенное обозначение группы аутистических расстройств при детской шизофрении)