

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

ХАЙРЕТДИНОВ
Олег Замильевич

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

Специальность 14.01.06 – Психиатрия

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Макаров Игорь Владимирович

Санкт-Петербург
2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
Введение	5
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	14
1.1. Систематика аутистических расстройств в детском возрасте ...	14
1.2. Диагностика и дифференциальная диагностика аутистических расстройств	19
1.2.1. Дифференциация детского аутизма и детской шизофрении	21
1.2.2. Синдром Каннера и органический аутизм	22
1.2.3. Специфические особенности синдрома Аспергера	24
1.2.4. Диагностика атипичного аутизма	26
1.3. Исследование невербального поведения в психиатрии и смежных дисциплинах	29
1.4. Клинико-этологические исследования в психиатрии	36
1.5. Оценочные шкалы симптомов детского аутизма	41
ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	45
2.1. Общая характеристика больных, страдающих аутистическими расстройствами	45
2.2. Клинико-этологический метод исследования	55
2.3. Статистическая обработка	65
ГЛАВА 3. ОБЩИЕ КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	66
ГЛАВА 4. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	70
ГЛАВА 5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ С	

АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С УЧЕТОМ ДАННЫХ КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА	79
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	83
ВЫВОДЫ	94
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	96
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	97
ПРИЛОЖЕНИЯ	131
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Карта обследования больных с аутистическими расстройствами	131
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Классификации аутистических расстройств у детей НЦПЗ РАМН (1997)	133
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Критерии диагностики аутистических расстройств у детей МКБ-10 (1994)	134
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. Статистически значимые дифференциально- диагностические признаки аутистических расстройств у детей	136
ПРИЛОЖЕНИЕ 5. Клинико-этологическая шкала дифференциальной диагностики аутистических расстройств детского возраста	148

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДА – детский аутизм

АР – аутистические расстройства

РАС – расстройства аутистического спектра

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)

Введение

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 С., 2004; Baron-Cohen S. et al., 2009). В.М. Башина приводит данные о 26 случаях на 10 000 детского населения [18, 20, 22, 23]. 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) [222, 231, 279, 282, 304].

Обилие и многогранность поведенческих симптомов затрудняют дифференциальную диагностику как внутри группы расстройств аутистического континуума, так и с другими нарушениями развития и психическими заболеваниями. Определенные сложности в полноте охвата диагностических признаков создает и собственно искаженный аутистический дизонтогенез, сочетающий феномены недоразвития и акселерации одних и тех же психических функций. Примерами подобного «переслаивания» являются сосуществование болезненной гиперестезии с влечением к самораздражению, сочетание сложных игр-фантазий с примитивностью манипуляций неигровыми предметами, раннее овладение малоупотребительными словами и богатство спонтанной вербализации наряду с бедностью бытовой речи и задержкой оперирования личными местоимениями и т. п. [18, 97]. По указанным причинам затруднена также оценка динамики отдельных симптомов, необходимая для построения программы успешной коррекции.

Несмотря на более чем семидесятилетнюю историю изучения АР у детей, многие определяющие вопросы – этиопатогенетические механизмы, психопатологическая структура, выделение первичных и вторичных нарушений, нозологическая трактовка – остаются недостаточно определенными, противоречивыми, осложняющими своевременную диагностику и адекватную коррекцию [20, 23, 24, 41, 48, 50, 60, 61, 68, 98, 102, 103, 105, 108, 122, 249, 262, 294, 305].

Наряду с описанием раннего детского аутизма Каннера [246, 247] были выделены и другие аутистические синдромы – синдром Аспергера (1944) [201, 232, 244, 249, 257, 300], органический (Мнухин С.С., 1947) [119-121], соматогенный и психогенный аутизм (Nissen G., 1980) [258], аутизм при болезни Дауна и фенилкетонурии (Wing L., 1972; 1981) [109, 302]. В МКБ-10 (1994) включена категория атипичного аутизма, а также синдромы Ретта и Геллера (другое дезинтегративное расстройство детского возраста) [49, 111, 112, 118, 139, 239, 254].

По выражению В.Е. Кагана, Каннер «мог бы просто не узнать в лицо описанное им расстройство – так расширились его диагностические рамки» [68]. 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 [78], 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) или «первазивных расстройств развития без дополнительных уточнений» (PDD NOS) в DSM-IV была сформирована скорее по остаточному принципу и предполагает включение неоднородных клинико-нозологических состояний, что требует дальнейшего уточнения [22,

143, 162, 294]. Наиболее распространенными клиническими вариантами аутистических расстройств 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 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.

В традициях ленинградской-петербургской школы детской психиатрии аутистические расстройства при органическом поражении головного мозга (органический аутизм) и умственная отсталость с аутистическими чертами, вслед за С.С. Мнухиным (1967), рассматриваются в качестве разновидностей атонической или астено-атонической форм резидуально-органических расстройств психики [1, 36, 60-61, 63-68, 101-105, 115, 116, 119-121, 137]. В.Е. Каган (1981) отмечал, что органический аутизм не удовлетворяет всем основным диагностическим требованиям раннего детского аутизма, при этом на первый план выступают явления апрозексии, дисфории, «полевой» характер поведения, связанный с неспособностью к психическому напряжению и подавлению неактуальных раздражителей [66, 67]. В.М. Башина (1999), Н.В. Симашкова (2006, 2013) также подчеркивали представленность не всех феноменов классического аутизма, неполноту, прерывистость и изменчивость симптомов, присутствие торпидности в личностной структуре, дисфорических расстройств настроения, а также неврологических патологических симптомов, подтверждающих органическое поражение ЦНС [18, 143, 162]. Ю.С. Шевченко и В.В. Каримов (2011, 2013) отмечают, что о резидуально-органическом характере происхождения АР можно говорить лишь при установленной связи органических вредностей в анамнезе с проявлениями АР, а также регрессиентную динамику

(синдромокинез) аутистических симптомов и появление синдрома дефицита внимания и гиперактивности [189].

Окружающие (в том числе родители ребенка и специалисты) нередко лишь по косвенным, случайным, порой неожиданным проявлениям в поведении ребенка могут догадаться о его переживаниях, страхах, потребностях, боли или дискомфорте. Крайне сложной оказывается оценка интеллектуального уровня аутичного ребенка, причем не только потенциальных способностей и «зоны ближайшего развития», но и актуальных знаний и навыков. Весьма важной и вместе с тем затруднительной является дифференциация нарушений психотического регистра (кататонических, галлюцинаторных) от имитирующих их сходных двигательных, речевых и прочих расстройств, как правило, наблюдаемых у детей с аутизмом [25]. При этом врачу важно не только констатировать наличие того или иного симптома, но и оценить степень его выраженности, так как нередко этим определяется необходимость или, напротив, нежелательность его медикаментозного купирования. Примером могут служить эхолалии, дающие определенную возможность для коррекционной работы по развитию речи; двигательные стереотипии, трансформируемые в социально-желательные ритмичные моторные навыки и способствующие дисциплинированию хаотичной двигательной гиперактивности. В качестве другого примера можно указать на производящие впечатление импульсивных агрессивных действия, в ряде случаев представляющие собой начальные проявления попыток контакта с окружающими. При этом симптомы могут носить вторично-компенсаторный, защитный характер и являются необходимым этапом адаптации, хотя и в форме патологических проявлений.

Учитывая описанные сложности диагностики, возраст детей, высокую частоту задержанного речевого развития или даже отсутствие речи, облигатные при аутизме коммуникативные препятствия пассивного или активного (в виде отвержения) характера, перспективным представляется

систематизированное изучение невербального поведения (НП) детей с разными формами аутизма.

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. Между тем сложность и многообразие признаков детского аутизма, выраженные трудности, а часто и невозможность установления контакта и получения информации от самого ребенка, а также специфика клинико-психопатологического метода, предполагающая регистрацию и квалификацию расстройств на основе субъективного опыта и концепций клинициста, повышают значимость объективизированного наблюдения и оценки поведения.

Обоснованным подходом стандартизации диагностики аутизма может служить использование клинико-этологического метода (Самохвалов В.П., 1984; Корнетов Н.А. с соавт., 1990; Коробов А.А., 1991), включающего фиксацию и анализ признаков невербального поведения на уровне элементов двигательных актов, простых комплексов поведения и сложных поведенческих форм [80, 152-159, 195]. Использование клинико-этологического подхода дает возможность уточнения дополнительных диагностических критериев аутистических нарушений у детей, что позволяет более тонко подходить к выявлению, дифференциации расстройств, определению показаний к терапии и оценки ее эффективности. Применяются клинико-этологические глоссарии НП при психических расстройствах у взрослых пациентов [156, 242]. При этом отсутствуют специально разработанные перечни признаков НП при психических заболеваниях и нарушениях развития у детей, в частности, при АР.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования было выделение дифференциально-диагностических клинико-психопатологических признаков основных клинических вариантов аутистических расстройств у детей, дополненных результатами клинико-этологического исследования.

В соответствии с целью работы были поставлены следующие **задачи**:

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

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 (перечня) дифференциально-диагностических признаков невербального поведения при аутистических расстройствах 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 невербального поведения детей, страдающих аутистическими расстройствами, существенно расширяет возможности клинико-психопатологического метода, уточняя и детализируя поведенческие симптомы расстройств.

2. Различные клинические формы аутистических расстройств, включая варианты атипичного аутизма при умственной отсталости с аутистическим поведением, резидуально-органических поражениях головного мозга и ранней детской шизофрении, имеют общие клинико-этологические диагностические признаки.

3. Степень выраженности специфических признаков невербального поведения позволяет отчетливо дифференцировать клиническую картину синдромов Каннера, Аспергера, умственной отсталости с аутистическим поведением, аутистических расстройств при резидуально-органических поражениях головного мозга и при ранней детской шизофрении.

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

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Содержание работы изложено на 154 страницах и состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов и указателя литературы (308 источников, из них 197 на русском и 111 на иностранных языках).

Во введении обоснована актуальность данного исследования, сформулированы цель и основные задачи работы. В первой главе произведен обзор литературных данных по проблеме диагностики аутистических расстройств у детей и дифференциации разных форм (клинических вариантов), а также определена специфика клинико-этологического метода

исследования при психических заболеваниях, показано его значение в диагностике психических расстройств детского возраста. Приведены данные об использовании оценочных шкал симптомов детского аутизма. Во второй главе дана клиническая характеристика материала и представлены методы исследования. В третьей главе представлены общие клинико-этологические признаки различных клинических вариантов аутистических расстройств в детском возрасте. В четвертой главе изложены результаты сравнительного анализа специфических особенностей невербального поведения в клинической картине синдромов Каннера, Аспергера, умственной отсталости с аутистическим поведением, аутистических расстройств при резидуально-органических поражениях головного мозга и при ранней детской шизофрении. В пятой главе представлены данные о дифференциальной диагностике аутистических расстройств у детей с применением клинико-этологических признаков. В заключении обсуждаются результаты исследования, представлены рекомендации по практическому использованию полученных результатов. Результаты работы обобщены в 4 основных выводах.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Систематика аутизма в детском возрасте

Первые публикации сведений о неконтактных детях относятся к началу XIX века [18, 67, 162, 303], хотя в диссертационной работе В.Е. Кагана приводятся данные о наблюдениях Haslam и Conolly, похожих на современные описания клинической картины АР [67]. В 20-е годы прошлого столетия S. De Sanctis (1909), Г.Е. Сухарева (1927, 1928), Т.П. Симсон (1929) и др. говорили о специфике проявлений у детей «шизоидии», «шизоидной детской личности» [164, 168, 220, 277]. С.Л.С. Earl (1934) описывал кататонические психозы у пациентов с глубокой умственной отсталостью [223]. L. Kanner (1943) определил детский аутизм (ДА) как особое состояние "шизофренического" спектра, проявляющееся нарушениями общения, речи и моторики [18, 66, 67, 231, 235, 246, 247]. Аутизм у детей рассматривали в рамках шизофрении или других детских психозов, а также в качестве проявлений резидуально-органического поражения ЦНС [68, 119]. В последующие годы В. Rimland (1964), В.М. Башина (1974) рассматривали ДА как особое конституциональное состояние [11, 266], М.Ш. Вроно, Башина В.М. (1975) – как постпроцессуальное (постприступное) состояние при шизофрении [37]. А. van Kreveken (1952), С.С. Мнухин с соавт. (1967) и некоторые другие авторы выдвигали концепцию органического происхождения ДА, согласно которой имело место частичное или полное фенокопирование синдрома Каннера [119-121, 289, 290]. Ряд авторов отмечали полиэтиологичность ДА, связывая его происхождение с органическими, психогенными факторами, последствиями нарушения отношений между матерью и ребенком (Mahler M., 1952; Nissen G., 1971; Rutter M., 1985 и мн. др). [237, 238, 240, 250, 307]. Начиная с 80 - 90 годов XX столетия ДА стал рассматриваться как неспецифический синдром разного происхождения [208, 219, 262, 294, 303, 305].

Существуют определенные разночтения в понимании аутизма в общей психопатологии и в детской психиатрии. Со времен Блейлера аутизм - очерченный признак расстройств шизофренического спектра [36, 43, 56, 85, 116, 205, 211], в то время как в детской психиатрии аутизмом называют не только конкретный симптом, но и самостоятельное расстройство, синдром и болезнь, а в последние годы даже группу заболеваний - расстройства аутистического спектра (РАС) [18, 34, 36, 38, 67, 71, 73, 74, 116, 145, 174, 183, 202, 235, 261, 262, 266, 268, 269, 275, 294]. В DSM-V (2013) различные аутистические расстройства представлены одноименной обобщенной диагностической категорией – Autism Spectrum Disorder, 299.00 (ASD) [200].

Как указывает Г.Т. Красильников (1995), Блейлер описывал аутизм как структурно сложный феномен, включающий внутренний аспект – аутистическое мышление, и внешний, поведенческий – нарушение взаимоотношений. Основу аутизма он видел в аутистическом мышлении как разновидности аффективного, развивающегося вследствие диссоциации мышления и приводит к нарушению взаимодействия с внешним миром [84]. Позже акцент в понимании аутизма сместился на нарушение контактов с внешним миром и стал ассоциироваться с неконтактностью, с затруднением понимания внутреннего мира больного окружающими независимо от его содержания. Г.Т. Красильников (1995, 1996) в связи с неравномерной выраженностью отдельных компонентов аутистического симптомокомплекса, предлагает выделять несколько его разновидностей: преимущественно поведенческий, сверхценный, бредовый аутизм, бредоподобное аутистическое фантазирование и псевдоаутизм у больных с распадом эмоционально-волевой и интеллектуальной активности [84, 85].

По L. Kanner [246], аутизм у детей — сложный симптомокомплекс с проявлениями крайней самоизоляции, стереотипных интересов и действий, коммуникативных расстройств речи, протодиакриза, возникающий у ребенка в первые годы жизни. Но при его описании автор использовал термин «аутизм», что привело к несоответствию выделенного им

расстройства аутизму как признаку болезни, который понимается по E. Bleuler как «потеря контакта с действительностью» погруженностью в «воображаемый мир» [211].

Позже были описаны и другие аутистические синдромы в детском возрасте – Аспергера (1944), органического аутизма (Мнухин, 1947), соматогенный и психогенный аутизм (Nissen G., 1963), выявлены аутистические симптомы при болезни Дауна, фенилкетонурии (Benda С.Е., 1960), туберозном склерозе, синдромах X-ломкой хромосомы (Мартина-Белл), Ретта и др. [45, 49, 109, 119-121, 146, 166, 258]. Наряду с поиском этиологических факторов, «первичного поражения», осуществлялись и попытки более четко обозначить данные расстройства. В.Е. Каган (1981) привел множество диагностических категорий, при помощи которых описывались дети с аутистическим поведением: ранний инфантильный аутизм, синдром Каннера, инфантильный аутизм, детский аутизм, атипичные дети, неконтактные дети, атипичное развитие, атипичные психозы, ранние детские психозы, симбиотические психозы, детская и ранняя шизофрения, болезнь Геллера, своеобразные олигофрении, псевдоолигофрении, псевдоаутизм, шизоформные синдромы, педофрения, шизоидная психопатия, аутистическая психопатия, симптоматический аутизм и др. Среди аутистических синдромов у детей выделяли первичный и вторичный (регрессивный, постпсихотический, «нажитой»), симптоматический, истинный и псевдоаутизм [67]. В.Е. Каган предложил выделять также диссоциативный (определяющийся диссоциацией при детской шизофрении) и продуктивный (сопровождается продуктивной симптоматикой) аутизм [66, 67].

Как указывает В.М. Башина, многообразие диагностических категорий и отсутствие четких дифференциальных указаний создало условия для смешения детского аутизма Каннера с аутистическиподобными (аутистикоподобными) симптомами при заболеваниях органического, хромосомного, психогенного происхождения [18].

В.Е. Каган также отмечал, что в высказываниях многих исследователей звучала неудовлетворенность расширительной диагностикой детского аутизма. Остается весьма актуальным замечание, сделанное им более 30 лет назад, что ценность многочисленных исследований по физиологическим, биохимическим, психологическим и другим параклиническим аспектам детского аутизма нередко снижается благодаря сохраняющейся клинической неопределенности проблемы [67]. По его мнению, расширение диагностических рамок, утрата строгости диагностических критериев произошли в связи с описанием различных аутистических синдромов у детей – аутистической психопатии Аспергера, органического аутизма, ранней детской шизофрении, от которых «тянутся ассоциативные нити к так называемому шизофреническому дизонтогенезу, шизоидным психопатиям, симбиотическим психозам, синдрому Геллера, пфрпрофшизофрении, а позже – к синдрому Ретта и другим. В итоге врач и исследователь постоянно оказываются перед необходимостью различения трудноразличимого и склонны (или вынуждены) запускать обратный процесс расширения диагностических критериев» [68].

Кроме того, нередко под названием аутизма описываются психопатологические расстройства различного регистра: психотические и непсихотические; кататонические, бредовые, а также патохарактерологические и невротические [67]. Это нашло отражение и в классификационных системах - если в МКБ-9 ранний детский аутизм был включен в рубрику психозов детства (299.0), то в МКБ-10 он находится в разделе «Расстройств психологического (психического) развития» в диагностической группе «Общих (первазивных) расстройств развития» (F84) [49]. Синдром Аспергера отнесен в МКБ-10 в тот же раздел, в то время как шизоидное расстройство личности, исходя лишь из возрастных различий, рассматривается в разделе «Расстройств личности и поведения».

В МКБ-10 (1994) появилась категория атипичного аутизма, в том числе с подрубрикой «Умеренной умственной отсталости с аутистическими

чертами» [111, 112, 118, 139, 178]. Включение в МКБ-10 атипичного аутизма, инфантильного и атипичного психозов, по мнению В.М. Башиной, можно определить как завуалированный отказ от диагностики ранней детской шизофрении, продиктованный деонтологическими соображениями [18]. В Научном центре психического здоровья РАМН подобные состояния определяются как детский аутизм процессуального генеза; под инфантильным психозом понимается ранняя детская шизофрения с началом от 0 до 3 лет, а под атипичным аутизмом - атипичный детский психоз с началом в возрасте 3-6 лет или приступообразно-прогредиентная детская шизофрения [18, 143, 162].

Согласно отечественной классификация аутистических расстройств у детей НЦПЗ РАМН (1999; 2005; 2013), они представляют собой континуум от менее тяжелых конституциональных вариантов (шизоидных, шизотипических) к промежуточным (синдром Каннера) и до грубых постприступных (процессуальных шизофренических) типов личностного поражения [18, 19, 22, 23]. По мнению В.М. Башиной, описание и отграничение аутистических синдромов при расстройствах органического, хромосомного и неясного генеза от аутизма эндогенного происхождения является большим достижением в истории изучения детского аутизма. Дальнейшее исследование этих видов аутистических расстройств должно проводиться в аспекте определения их места в структуре основного заболевания, вопросов коморбидности [18].

Одним из путей преодоления противоречивости и несопоставимости получаемых в различных исследованиях данных является сравнительное изучение детского аутизма в структуре различных расстройств психики [67].

1.2. Диагностика и дифференциальная диагностика аутистических расстройств детского возраста

Существенные различия течения, терапии и прогноза широкого спектра АР, включающего ДА эндогенно-процессуального генеза, синдромы Каннера и Аспергера, аутистическиподобные расстройства органического и хромосомного происхождения, требует решения достаточно сложных вопросов дифференциально-диагностического характера [18].

Содержательным стержнем аутизма как клинического синдрома является недостаточность общения, неконтактность.

Л. Каннер указал на следующие критерии диагностики описанного им расстройства [цит. по 67, с. 13]:

- 1) невозможность устанавливать отношения с людьми с начала жизни;
- 2) крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;
- 3) недостаточность принятия позы готовности при взятии на руки;
- 4) недостаточность коммуникативного пользования речью;
- 5) блестящая механическая память;
- 6) эхоталии;
- 7) крайняя буквальность в использовании слов;
- 8) извращенное использование личных местоимений;
- 9) нарушения пищеварения на 1-м году жизни;
- 10) резкий страх определенных громких звуков и движущихся объектов;
- 11) монотонное повторение звуков и движений;
- 12) страх изменений в обстановке;
- 13) однообразие спонтанной активности;
- 14) монотонные механические игры с неигровыми предметами;

- 15) впечатление хорошего интеллекта благодаря успешности в отдельных навыках и умному выражению лица;
- 16) серьезное выражение лица, напряженное в присутствии других людей и удовлетворение при их уходе;
- 17) хорошее физическое здоровье.

подавляющее большинство описанных Каннером признаков (14 из 17) можно выявить при непосредственном наблюдении за поведением ребенка.

Критерии диагностики детского аутизма согласно МКБ-10 приведены в ПРИЛОЖЕНИИ 3.

Помимо этих специфических диагностических признаков дети с аутизмом часто обнаруживают ряд других неспецифических проблем, таких как страхи, нарушения сна приема пищи, вспышки гнева и агрессивные действия. Достаточно часто наблюдается самоповреждающее поведение (например, в результате кусания рук, ударов головой), особенно при сопутствующей тяжелой умственной отсталости.

В проведенном А. Witwer и L. Lecavalier (2008) метаанализе по результатам 22 исследований, опубликованных в период с 1994 по 2006 год, рассмотрена обоснованность выделения трех подтипов расстройств аутистического спектра по DSM-IV (детский аутизм, синдром Аспергера и PDD-NOS) по клиническим и демографическим характеристикам, особенностям нейропсихологического профиля, сопутствующих заболеваний и данных оценочных шкал. В большинстве проведенных исследований не подтверждены различия между детским аутизмом и синдромом Аспергера, основанные на текущих диагностических критериях. Достоверные различия отмечены между группами только по показателям интеллектуального развития [305].

1.2.1. Дифференциация детского аутизма и детской шизофрении

Дифференциация между шизофренией и детским аутизмом представляет сложную и окончательно не решенную задачу [18, 67, 101, 105]. Сведение всех или почти всех аутичных детей в группу шизофрении или, наоборот, принципиальное избегание этого диагноза уменьшает возможности индивидуальных реабилитационных мероприятий и адаптации больных [67].

В.М. Башиной (1974; 1979; 1989) описаны признаки асинхронии развития детей с синдромом Каннера, проявляющиеся в нарушении иерархии психического, речевого, моторного, эмоционального созревания, нарушении онтогенетического вытеснения примитивных функций сложными. Данный феномен "переслаивания" примитивных функций сложными, по мнению автора, является одним из главных отличий синдрома Каннера от всех других видов нарушенного развития с симптомами аутизма иного происхождения [18].

Как указывает В.Е. Каган, картина шизофрении в раннем детском возрасте настолько приближаются к синдрому Каннера, что многие психиатры полагают сохранение термина «детский аутизм» полезным только в плане противопоставления шизофрении у взрослых [67].

Клинические особенности аутизма при ранней детской шизофрении состоят в наличии резидуальных позитивных психопатологических (кататонических, галлюцинаторно-бредовых, аффективных) симптомов, преобладании более сложных моторных стереотипий. Структура нажитого аутистического расстройства в этих случаях зависит от тяжести регистра психопатологических расстройств во время приступов болезни [18].

По мнению В.М. Башиной и М.Г. Красноперовой (2004), почти в 90% случаев состояния с картиной детского аутизма являются следствием перенесенного эндогенного (инфантильного) психоза в первые 3 года жизни ребенка, определяемые как детский аутизм процессуального генеза и

включают наряду с негативными симптомами различные продуктивные психопатологические расстройства [21, 86].

1.2.2. Синдром Каннера и органический аутизм

Аутистические расстройства при органическом поражении головного мозга, согласно МКБ-10, относятся к диагностической категории «детский аутизм, связанный с органическим поражением ЦНС» (F84.01). Вместе с тем по феноменологической структуре, как правило, имеют признаки только двух групп диагностических критериев, то есть полностью не отвечают критерию «Б» для диагностики детского аутизма, и должны быть квалифицированы как «атипичный аутизм» (F84.1), подтип «атипичность по симптоматике» (F84.11), согласно «Исследовательским диагностическим критериям классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10» [111]. Следует отметить, что в версии МКБ-10 для практического применения пятый знак данной диагностической категории имеет совершенно другое содержание – «атипичный аутизм с умственной отсталостью» (F84.11) и «атипичный аутизм без умственной отсталости» (F84.12) [112].

В традициях ленинградской-петербургской школы детской психиатрии аутистические расстройства при органическом поражении головного мозга (органический аутизм) и умственная отсталость с аутистическими чертами, вслед за С.С. Мнухиным (1967), рассматриваются в качестве разновидностей атонической или астено-атонической форм резидуально-органических расстройств психики [1, 36, 60-61, 63-68, 101-105, 115, 116, 119-121, 137]. В.Е. Каган (1981) отмечал, что органический аутизм не удовлетворяет всем основным диагностическим требованиям раннего детского аутизма, при этом на первый план выступают явления апрозексии, дисфории, «полевой» характер поведения, связанный с неспособностью к психическому напряжению и подавлению неактуальных раздражителей [66, 67]. В.М. Башина (1999), Н.В. Симашкова (2006, 2013) также подчеркивали

представленность не всех феноменов классического аутизма, неполноту, прерывистость и изменчивость симптомов, присутствие торпидности в личностной структуре, дисфорических расстройств настроения, а также неврологических патологических симптомов, подтверждающих органическое поражение ЦНС [18, 143, 162].

Несмотря на различие взглядов на природу детского аутизма, многие авторы отмечали наличие симптомов органического мозгового поражения. A. van Krevelen квалифицировал ДА как результат органического поражения мозга у лиц с предрасположенностью к аутистической психопатии [33, 289, 290]. Возникновение аутистических нарушений связывали с корью, коклюшем, тяжелыми заболеваниями ЖКТ с истощением, малярией, сифилисом, ревматизмом, туберкулезом, энцефалитами, интоксикациями, ДЦП, краснухой, реакцией на введение вакцин и др. [67, 217, 259]. По данным В.Е. Кагана, частота выявления органической неврологической симптоматики колеблется от 50 до 84 %. Нередки сочетания аутистического поведения с судорожными припадками. Основным этиологическим фактором ДА Каннера он считал экзогенные вредности в анте- и перинатальном онтогенезе, а органического аутизма – в экзогенных вредностях в постнатальном онтогенезе. Непосредственно после тяжелых заболеваний и травм в первые 3 года жизни симптомы расстройства развились у 10,8% пациентов с ДА Каннера и 83,3% - органического аутизма. В исследованной группе детей с органическим аутизмом выраженное психическое недоразвитие отмечено у 86,1%, судорожные припадки – у 41,7%. Наряду с неконтактностью на первый план выступали явления апрозексии, грубо «полевое» поведение, проявления дисфории и апатии. Автор отмечал, что истинно «полевой» характер поведения, связанный с неспособностью к психическому напряжению и подавлению неактуальных раздражителей, возникает с тем большей вероятностью, чем «органичнее» нарушения психики [66, 67].

Органическим аутизмом В.Е. Каган обозначал случаи, приближающиеся к картинам ДА, но не удовлетворяющие всем основным диагностическим требованиям и обнаруживающие выше отмеченные особенности. Также обоснованным диагнозом органического аутизма он считал в детском возрасте у пациентов с органической псевдошизоидной психопатией, указывая вслед за А.Е. Личко [99], на отличия ее от конституциональных шизоидных психопатий [67, с. 149].

В.М. Башина полагает, что «в случаях коморбидности аутизма с органическим поражением ЦНС или хромосомными, обменными расстройствами резонно определять их как аутистическиподобные расстройства (синдромы) до тех пор, пока в этих состояниях не будут представлены все феномены аутизма, предполагая возможность не только эндогенной, но и иной этиологии» [18, с. 26]. Также она указывает, что у таких детей не всегда наблюдается асинхрония в развитии, присутствуют торпидность, дисфории, неврологические симптомы, более выражена тотальность умственного недоразвития, стереотипная деятельность сводится к примитивным привычным патологическим действиям, отсутствуют позитивные психопатологические расстройства [там же, с. 120].

1.2.3. Специфические особенности синдрома Аспергера

По мнению S. Wolff (1980; 1996), первое описание шести случаев детей с клинической картиной аутистического расстройства, названного в последующем синдромом Аспергера, опубликовано на немецком языке Г.Е. Сухаревой в 1926, которое она определила как «шизоидная психопатия детского возраста» (*die schizoiden Psychopathien im Kindesalter*) [277, 302, 306, 308]. Как известно, почти два десятилетия спустя Н. Asperger в 1944 в Вене (также на немецком языке, что ограничило распространение данного описания в Северной Америке) опубликовал сведения о четырех пациентах, отличающихся от раннего детского аутизма Каннера более высоким уровнем

развития речи и интеллекта и названных им «аутистической психопатией». В 1981 L. Wing опубликовала свои наблюдения за 34 пациентами со сходной клинической картиной в возрасте от 5 до 35 лет и предложила данное состояние называть синдромом Аспергера. Классические описания Аспергера были переведены на английский язык только в 1991 году U. Frith. Диагностическая категория синдрома (расстройства) Аспергера была включена в 1993 году в МКБ-10 и в 1994 году в DSM-4. При этом Т. Этвуд (2004) и другие исследователи отмечали, что критерии DSM-4 для расстройства Аспергера существенно расходятся с классическими описаниями Ганса Аспергера, в связи с чем клиническая картина представленных им в 1944 году случаев более вероятно была бы квалифицирована как детский аутизм Каннера (Miller J. N., Ozonoff S., 1997) [257]. Эпидемиологические исследования с использованием критериев, описанных Г. Аспергером, показывают потенциальную распространенность синдрома Аспергера на уровне 1:250 детей (Kadesjo, Gillberg и Hagberg, 1999) [246].

Подавляющее большинство исследователей считают синдром Аспергера ранним этапом становления шизоидно-аутистической психопатии [67, с. 20]. Для таких детей характерно раннее развитие с частым использованием взрослых выражений с, тем не менее, ограниченными возможностями вести продуктивный диалог и понимать переносный и метафорический смысл, подтекст. В.М. Башина (1999) описывает подвиды синдрома Аспергера по типу сенситивного, пассивного и гиперактивного аутистического дизонтогенеза [18, с. 66-67].

Начиная с описаний Г. Аспергера, одним из отличительных признаков данного расстройства считают моторную неловкость, отставание в развитии двигательных-координаторных навыков (езда на велосипеде, завязывание шнурков, застегивание пуговиц, открывание коробок и т.п.) (Szatmari P., Bartolucci G., Bremner R.S, 1989).

Кроме того, указывают на особенности походки, позы, почерка, задержку в овладении ходьбой на один-два месяца (Eisenmajer R. et al. 1996), недостаточную синхронность движений рук и ног, особенно во время бега (Gillberg C., 1989) [218]. Однако до настоящего времени нет доказательных исследований того, что эти особенности отличают синдром Аспергера от других расстройств аутистического спектра.

Недавние исследования указывают на то, что определенные двигательные паттерны обнаруживаются у детей, у которых впоследствии диагностируется синдром Аспергера, еще в возрасте до одного года (Teitelbaum O. et al., 2004): замедленная редукция младенческих рефлексов, необычная форма рта – рот мебиуса – с нависающей верхней губой и плоской нижней губой, признаки асимметрии в использовании рук и диагональных движения противостоящих конечностей при ползании.

Один из самых обсуждаемых вопросов последних лет касается целесообразности разграничения синдрома Аспергера и высокофункционального детского аутизма при сходных уровнях интеллекта, зрительно-пространственного и исполнительного функционирования. Некоторые авторы выражают далеко не всеми разделяемое мнение о том, что при синдроме Аспергера отмечаются более грубые двигательные нарушения, а при высокофункциональном аутизме – позднее развитие речи [308].

1.2.4. Диагностика атипичного аутизма

Согласно МКБ-10, атипичный аутизм (F84.1x) - тип общего расстройства развития, который отличается от детского аутизма (F84.0x) либо более поздним возрастом начала (после 3-х лет), либо отсутствием симптомов хотя бы из одной трех диагностических групп - нарушений социального взаимодействия, ограничений коммуникации или стереотипного, повторяющегося поведения. Атипичный аутизм часто

диагностируется у детей с глубокой умственной отсталостью, у которых низкий уровень функционирования сокращает возможность проявления специфического отклоняющегося поведения, требуемого для диагноза аутизма.

В диссертационном исследовании Н.В. Симашковой (2006) атипичный детский аутизм рассматривается как синдром, описанный в рамках различных заболеваний - обменных, хромосомных (Денисова Л.В., 1986; Мариничева Г.С., Гаврилов В.И., 1988; Башина В.М., 1999; Gillberg С., 1995), а также в качестве детского процессуального аутизма при детской шизофрении (Красноперова М.Г., 2003; Башина В.М., Симашкова Н.В., 1981; Башина В.М., Тиганов А.С., 2005) [12, 18, 22, 38, 45, 86, 109, 162]. Н.В. Симашкова выделяет следующие группы атипичного аутизма: 1) детский процессуальный аутизм (атипичный детский психоз), 2) детский аутизм экзогенный (при органических поражениях ЦНС и аутистические психогенные расстройства), 3) аутистические расстройства при генетически обусловленной - хромосомной, обменной, генной и др. патологии (синдромах Ретта, Мартина-Белл, Дауна, при фенилкетонурии, факоматозах).

В исследовании J. Vodfish et al. (2000) проведено сравнение стереотипного поведения при аутизме с умственной отсталостью и при умственной отсталости без аутистических проявлений. Выявлено, все виды стереотипного и самоповреждающего поведения, за исключением дискинезии, была чаще и проявлялись тяжелее что у пациентов с аутистическими расстройствами и умственной отсталостью [292].

Как указывал В.Е. Каган, среди всех критериев дифференциальной диагностики решающее значение отводится динамическому наблюдению [67, с. 22]. Наибольшую значимость и надежность имеют, характер течения расстройств (прогредиентное, стационарное или регредиентное); феномены соматопсихического параллелизма или, напротив, балансирования; степень и качество ответа на осуществляемые терапевтические вмешательства и пр. Важно отметить вслед за М. Rutter (2011), что феномен регресса навыков

после периода относительно благополучного развития, как становится все более очевидным, не имеет нозоспецифического дифференциально-диагностического содержания, т.к. встречается в большей или меньшей степени у многих детей с различными клиническими вариантами аутистических расстройств, а также при требующих своевременного исключения сходных неаутистических состояний, например, синдрома Ландау-Клеффнера [255].

При этом актуальной является и необходимость «поперечной», подчас и одномоментной оценки и дифференциальной диагностики для своевременного решения коррекционно-терапевтических и социальных вопросов, оснований для пенсионирования, определения образовательного маршрута и т.д.

Ряд сведений, полученных от родителей, имеет ограниченную ценность из-за влияния на оценку ими детей многих и трудно учитываемых привходящих факторов. Так, в исследовании В.Е. Кагана, родители указали на «непереносимость взгляда в глаза» в 51,3 %, тогда как при непосредственном наблюдении удалось отметить нарушения зрительного контакта в 94,6 % [67, с. 75]. По нашему мнению, этот факт свидетельствует о значимости непосредственного (этологического) исследования НП по строго и четко сформулированным параметрам наблюдения.

Следует отметить, что практически все критерии диагностики МКБ-10 для ДА являются описательно-поведенческими, вместе с тем конкретное содержание их не вполне четко обозначено и может представлять определенные сложности идентификации для диагноста.

1.3. Исследование невербального поведения в психиатрии и смежных дисциплинах

П. Экман считал, что в системе коммуникаций невербальное поведение человека составляет 65 % информативной ценности, однако лишь одна треть этой информации известна психиатрам и используется ими [193, 226-228, 293].

Мимика, жесты и позы как элементы невербального поведения личности являются одной из первых знаковых систем, усваиваемых в онтогенезе, и носят интернациональный характер. Черты жестикуляции и мимики являются генетически закрепленными признаками поведения человека, например, врожденными способами выражения эмоций [2, 7, 44, 57, 62, 91, 93-96, 160, 287]. Вместе с тем врожденное невербальное поведение в результате социального обучения постепенно дополняется символической мимикой, жестами, интонациями, позами [53, 54, 89, 93, 95, 165].

Невербальное поведение — это внешняя форма проявления психического мира индивида, которая становится особенно значимой при наличии ограничений в получении информации из непосредственной беседы.

В своем узком и более точном смысле понятие «невербальное поведение» относится к действиям, которые отличаются от речи. Сюда в первую очередь входят мимика, жесты, положения тела. Кроме того, понятие НП традиционно включает различные аспекты речи. Сюда относятся паралингвистические или голосовые явления, такие как основной частотный диапазон и диапазон интенсивности, речевые ошибки или паузы, скорость и длительность речи [77, 110, 115, 273].

В то время как средства вербального общения определяются правилами синтаксиса и подробными словарями, значение различных невербальных поведенческих проявлений нуждается в уточнении и более детальной разработке [81, 110].

Одним из первых систематизированных исследований НП является

работа И.К. Лафатера «Эссе по физиогномике» (1792), в которой описываются корреляции между выражением лица, конфигурациями и отдельными движениями тела [87, с. 52]. Ч. Белл (1844) исследовал движения отдельных мышц, участвующих в выражении определенных эмоций [там же, с. 54]. Толчком для исследований выразительных движений, «экспрессивного поведения», послужила работа Ч. Дарвина «Выражение эмоций у человека и животных» (1872) [44].

И.А. Сикорский (1912) писал, что мимика и «язык тела» имеют большое диагностическое значение. при заболеваниях, особенно нервной системы, раннее распознавание которых возможно посредством физиогномических наблюдений. В работе «Всеобщая психология с физиогномикой в иллюстрированном изложении» автор смоделировал выражение различных чувств в позах, иллюстрируя их многочисленными фотопортретами, фрагментами репродукций известных картин, описаниями исторических и литературных персонажей. Кроме того, пытался выделить особенности мимики и жестов людей разных рас, возрастов, профессий [161].

Позже появились исследования Э. Кречмера (1925) о связи между характером человека, склонностью к определенным психопатологическим расстройствам и типом телосложения [88].

Определенное значение невербальных знаков в ситуациях сдержанного вербального выражения чувств отмечали психоаналитики. Х. Дойч (1947, 1952) предполагала, что поза клиента отражает невысказанные намерения, мотивы и отношения. Она же отметила определенные позы, сопровождающие начало и окончание речи. Ф. Фельдман (1959) описал около 200 различных жестов и комплексов поведения, проявлявшихся при стремлении клиента скрыть какую-либо информацию. В. Райх (1945) связывал ригидность или напряженность позы с сопротивлением клиента. А. Лоуэн (1958) показал, что характер индивида тесно взаимосвязан с типичными для него позами и жестами. Ф. Фромм-Райхман (1950) принимала позы своих клиентов для «лучшего понимания их невысказанных чувств».

Однако наблюдения психоаналитиков были неформализованными, не было сформулировано никакой конкретной гипотезы и не проводилось экспериментов [110, с. 31-32].

Американский антрополог Р. Бирдвистела составил каталог отдельных движений и статических поз человека (1952) и назвал исследуемые им элементы НП кинесикой, которая позже была дополнена проксемической теорией Э. Холла (1963) [87, с. 65]. Среди проксемических характеристик предлагалось выделять расстояние между говорящим и слушающим, ориентацию говорящего (степень поворота к собеседнику), прикосновения и контакт глаз [110, 236].

По В.А. Лабунской (1986, 1999), все невербальные средства в процессе коммуникации могут быть сведены к кинесическим (движения тела), пространственным (организация поведения в межличностном общении) и к временным характеристикам взаимодействия [93, 94].

Г.Е. Крейдлин (2002) предлагает выделять следующие разделы «невербальной семиотики»: паралингвистику (звуковые феномены невербальной коммуникации, передающие дополнительную к вербальной смысловую информацию); кинесику (жесты, выполняющие экспрессивно-регулятивную функцию в общении); окулесику (глазодвигательные реакции людей во время общения); гаптику (касания и тактильная коммуникация); проксемику и хронимику (соответственно пространственные и временные характеристики невербальной коммуникации) и другие [42, 87].

П. Экман и В. Фризен (1969; 1974) выделили основные виды НП в зависимости от коммуникативных функций:

1) символы - невербальные действия, точно соответствующие словам (например, утвердительный кивок, демонстрация кулака, улыбка, нахмуривание);

2) иллюстраторы – действия, выполняющие функцию акцентирования (движения головы и кисти при произнесении находящихся под логическим ударением слов; жесты указания; обрисовка контура объекта, о котором идет

речь);

3) регуляторы - действия, помогающие инициировать и завершать высказывание, предложить говорящему продолжить, пояснить, поторопиться или закончить свою фразу [172, 193, 226].

Таким образом, помимо сопровождения речи, действия и движения в ходе коммуникации призваны синхронизировать межличностное взаимодействие.

Н.И. Смирнова (1977) предложила похожую классификацию мимики, жестов, поз:

I. Коммуникативные - выразительные движения, замещающие в речи лингвистические элементы. Примерами могут быть приветствие и прощание; жесты запрета, угрозы, благодарности, примирения, привлечения внимания; утвердительные, отрицающие, вопросительные; приглашающие, оскорбительные жесты и телодвижения.

II. Описательно-изобразительные - подчеркивающие. Они, как правило, сопровождают речь и вне речевого контекста теряют смысл.

III. Модальные - выразительные движения, отражающие оценку, отношение к предметам, людям, явлениям окружающей среды. К этой группе относятся жесты одобрения, неудовольствия, иронии, недоверия; жесты, передающие неуверенность, незнание, страдание, раздумье, сосредоточенность; растерянность, смятение, подавленность, разочарование, отвращение, радость, восторг, удивление [165].

Наиболее полно описана и формализована система мимических выражений как наиболее динамичная и информативная часть невербальных коммуникаций [92]. Однако даже при детальном компьютерном анализе кинематики фрагментов лица Р. Ekman, W. Friesen (1978) выделяли от нескольких сотен до нескольких тысяч признаков. Ими были разработаны методики фиксации выражения лица: «метод кодирования выражений лица» (FAST: Facial Affect Scoring Technique) и «система кодирования активности лицевых мышц» (FACS: Facial Action Coding System) [227, 228].

В процессе коммуникации большое значение принадлежит характеристикам взгляда [117, 125, 131]. Основными коммуникативными функциями визуального контакта являются: когнитивная – стремление передать или получить взглядом ту или иную информацию; эмотивная – выражение и считывание испытываемых чувств; контролирующая – осуществление глазного мониторинга с целью проверки качества восприятия адресатом переданного сообщения; регулятивная – выражаемое взглядом требование отреагировать на переданное сообщение [87, с. 387]. Самостоятельное значение имеет продолжительность глазного контакта (сумма взглядов) [там же, с. 392].

Следующим компонентом невербального поведения является жест, который несет информацию не столько о качественной стороне психического состояния, сколько об интенсивности его переживания [40, 53, 94]. Самым древним подклассом коммуникативных жестов являются дейктические, или указательные жесты. Отдельный подкласс коммуникативных жестов составляют этикетные жесты (приветствия и прощания, рукопожатие, поцелуй, поклон др.). Симптоматические жесты выражают эмоциональное состояние жестикулирующего (прикрывание рта при изумлении, кусание губ, удар кулаком по столу и т. п.) [87, с. 101-102].

Важным в социальном и культурном планах является выделение детских жестов (Buck R., 1975; Blurton-Jones N.G., 1972; Lewis D., 1978; McNeill D., 1986). Ж.Пиаже отмечал, что для детей в возрасте до 7-8 лет указательные жесты-иллюстраторы не менее важны, чем слова, и, по сути дела, образуют особый «социально закрепленный язык детей» [87]. Если у взрослого соотношение невербальной и вербальной коммуникаций смещено в сторону вербальной, то у детей основное значение в межличностных контактах имеет невербальное поведение [9, 32, 114].

Поза — это положение человеческого тела, типичное для данной культуры, элементарная единица пространственного поведения человека [94, 95]. Позы, как правило, более статичны, чем жесты и могут отражать

характер отношения к другому человеку (ориентация относительно партнера, степень наклона корпуса, мера «открытости» рук и ног); физическое и психическое состояния (например, усталость, подавленность, радость, гордость и т. п.); степень вовлеченности в диалог или в происходящую ситуацию [87, с. 193-197].

А. Шефлен (1972) на примере кино съемок психиатрического интервью показал, как изменение поз пациента и врача позволяет поддерживать оптимальный психологический контакт [273].

Походка характеризуется ритмом, скоростью, длиной шага, силой давления на поверхность. Феноменологически может описываться как «ровная», «плавная», «уверенная», «твердая» и т.д. Помимо общих характеристик выделяют отдельные признаки походки – положение носков, сопутствующие движения рук, плеч и т.п. [94, с. 28].

Паралингвистика изучает невербальные (просодические) факторы речевой коммуникации, которые участвуют в передаче информации, несут определенную семантическую нагрузку – экстралингвистическую информацию. Просодическая структура включает следующие акустические характеристики: высота, тон, длительность, сила (громкость) звука, ударения, тембр голоса. Выделяют также элементы экстралингвистической системы - паузы, группирующие слова по логическим блокам, а также звуковые феномены различных психофизиологических проявлений: плача, смеха, вздох, шепот, кашель и т. д. Основными элементами интонации являются мелодия речи, ее ритм, интенсивность, темп, тембр, а также фразовое и логическое ударение [94, с. 16-17]. Мелодию речи составляют изменения высоты и тона голоса [там же, с. 27].

Отдельного упоминания требуют исследования НП младенцев, проведенные Дж. Боулби и его последователями и отличавшиеся четкой этологической ориентацией. Боулби отмечал: «Поскольку способность к сокращению внешних форм поведения с возрастом увеличивается, очевидно, что чем младше ребенок, тем больше вероятность, что его поведение и

психическое состояние являются двумя сторонами одной медали. При условии умелого и детального наблюдения полученную картину поведения маленьких детей можно рассматривать как эффективный показатель их психического состояния в данное время» [29, 199].

Последователями Боулби были разработаны детализированные описания поведения привязанности, основывающиеся на анализе объективных проявлений связи ребенка с матерью: выражений лица, паттернов глазного общения, вокализации, жестов, поз, локомоторного поведения ребенка [29, 230, 231, 234].

Поведение избегания у ребенка после долговременной разлуки с родителями Боулби сопоставлял (1969) с этологической интерпретацией избегания глазного контакта у взрослых животных как демонстрации отсутствия намерений к нападению или бегству. L. Sroufe, E. Waters, L. Matas (1974) показали, что избегание ребенком визуального контакта, которое совпадает с максимумом частоты сердечных сокращений, блокирует поток неприятных стимулов и удерживает уровень возбуждения в адаптивных пределах. Т. Brazelton, В. Koslovsky, М. Main (1974), Т. Brazelton (1982) наблюдали частое избегание визуального контакта у тех младенцев, матери которых проводили аффективно насыщенную стимуляцию, не учитывая сигналов насыщения и усталости ребенка. Кроме того, у отвергаемых детей избегание визуального контакта является альтернативой прямому выражению гнева и агрессии, которые часто проявляются в нейтральных ситуациях, не являющихся критическими для развития отношений внутри диады [215, 216, 233].

По мнению А.Шефлена (1960; 1964) и В.П.Самохвалова (2002), достаточное количество информации о стиле взаимодействия можно получить при продолжительности наблюдения в течение 20 минут [158, 271, 272].

1.4. Клинико-этологические исследования в психиатрии

Первые упоминания о применении этологического метода для дифференциальной диагностики в клинике психических расстройств появились в середине 1960 годов [72, 80, 82, 147-149, 156, 167, 194, 210, 212, 213, 221, 226].

Этология — наука о биологических основах поведения животных и человека. Она занимается описанием типологии поведения, исследованием его эволюции и адаптивного значения, а также изучением возможностей модификации поведения.

Нобелевские лауреаты за исследования в области этологии животных К. Lorenz и N. Tinbergen (1974) указывали на возможные перспективы применения этой науки в медицине, психологии и педагогике [100, 284]. В отечественной науке методологическая база этологии животных развивалась биологами и антропологами МГУ Е.Н. Пановым, Г.Н. Симкиным, М.А. Дерягиной, М.Л. Бутовской [31, 46, 47, 134, 135].

Этологический метод предполагает неэкспериментальность (наблюдение в естественных условиях), эволюционность (сопоставление поведения с биологическими аналогами) и акцент на исследовании врождённых основ поведения [106, 176].

Е.Н. Панов (1978) представил иерархию поведения как интеграцию на следующих уровнях: а) элементарные двигательные акты; б) позы и движения; в) последовательность поз и движений (секвенции поведения); г) комплексы элементов, составляющие ансамбли индивидуальных форм поведения [134, 135].

Среди сложных индивидуальных форм поведения выделяют локомоцию (походка), поиски убежища, избегание, поддержание чистоты тела, исследовательскую активность, игру, использование орудий, пищевое, манипулятивное, территориальное поведение, доминирование, иерархию и пр. [47, 224, 225].

Методически этологический подход позволяет формализовать наблюдаемое поведение. Многие авторы отмечают, что большее число элементов поведения затруднительно фиксировать при непосредственном визуальном наблюдении [157, 225, 248, 256]. В.П. Самохваловым и А.А. Коробовым разработан глоссарий невербального поведения для диагностики эндогенных психозов, включающий три иерархических уровня: элементы поведения, простые комплексы и сложные формы индивидуального поведения. Позже глоссарий в модифицированном виде стал использоваться для оценки поведения в педиатрии [80, 155, 157].

В.П. Самохвалов и А.А. Коробов исследовали особенности НП при шизофрении на выборке 200 больных, фиксируя паттерны поведения в процессе беседы пациента с врачом на протяжении от 20 мин до часа. Учитывались мимика, особенности жестикуляции и походки, поза, ориентация тела при контакте, индивидуальное расстояние, груминг, агрессивные паттерны, проявления стереотипий. Установлено, что каждый из ведущих психопатологических синдромов болезни описывается комплексом признаков НП, достаточно точно отражающих расстройства в случае дефицита вербальной информации. Из общего числа диагностически значимых для шизофрении признаков НП (n=206) 44,2% коррелировали с дефицитарными синдромами, 29,5% - с кататоническими, 21,3% - с депрессивными, и 5% - с параноидными [153-155].

В исследовании А. Таннус (1986, 1988) при сопоставлении особенностей мимики 255 больных шизофренией и 258 психически здоровых лиц показано, что продуктивные психопатологические переживания сопровождаются нарастанием асимметрий (несоответствия) мимического выражения верха и низа лица, а негативные - увеличением асимметрий правой и левой половины лица. При шизофрении чаще наблюдались хоботковые формы улыбки, улыбка с отворачиванием, насильственная улыбка [170].

А.А. Коробов (1991) исследовал диагностические возможности этологического метода в дифференциальной диагностике шизофрении,

олигофрении, эпилепсии (вне припадков), деменции, отдалённых последствий черепно-мозговой травмы, неврозов у 436 больных. Изучалась типология элементов, простых комплексов и сложных форм поведения, структура переходов контекстов поведения в мимике, позе и жестах. Установлено, что НП четко дискриминирует клинические группы эндогенных, эндогенно-органических, экзогенных психических заболеваний. В целом, при психических заболеваниях отмечалось рассогласование трёх каналов коммуникации (мимического, жестового и позного) и компенсаторная активация одного из каналов невербальной коммуникации [80]. При шизофреническом дефекте утрачивалась гибкая связь форм (контекстов) поведения и формировалась жёсткая конструкция в переходах между формами со стереотипизацией и фиксацией на неophobia, имитативности или агрессии [80; 194].

И.Г. Носачев (2004) применил клинико-этологический метод для дифференциации эндогенных и психогенных депрессий, описал значимые различия НП в зависимости от тяжести депрессивного синдрома, по ведущему аффекту (тоскливому, тревожному или апатическому), а также динамику «гармоничного» и «негармоничного» обратного развития депрессивных эпизодов в процессе терапии [129].

А.П. Коцюбинский, Б.Г. Бутома и Шейнина Н.С. (1995) указывали на преимущества использования этологических принципов в психиатрии, психофармакологии и психотерапии. Приспособительное поведение психически больного предлагалось рассмотреть через призму этологических концепций «как генетически детерминированный, биографически сложившийся и модифицированный болезнью способ взаимодействия с действительностью» [82]. В.П. Пошивалов применял этологическое исследование НП в области экспериментальной и клинической психофармакологии [140].

По мнению В.А. Гурьевой и В.Я. Гиндикина, нельзя говорить о специфических признаках НП, свидетельствующих о конкретной

психопатологии, однако их можно рассматривать в качестве содержательной стороны различных симптомов [43].

Определенные признаки НП могут предшествовать развернутой клинике психического заболевания, а иногда они являются основными критериями диагностики (мутизм, симуляция, диссимуляция, психозы раннего детского возраста) [35, 39, 43, 70, 80, 147-149, 156-158, 276, 283, 285].

В исследовании, проведенным В.Н. Клинковым (1992), изучались особенности невербального поведения 83 детей, страдающих шизофренией [72, 194]. Была установлена зависимость между степенью злокачественности шизофренического процесса раннего детского возраста и особенностями проявлений НП. Для злокачественного течения болезни оказалось характерно стойкое фиксирование резистентных к фармакотерапии проявлений. Так, в моторике конечностей наблюдались игра пальцами с высокой подвижностью (скрещиванием, выгибанием), прикосновения к различным частям лица, тела, частое изменение фиксации рук, ног, «птичьи» движения, частое чередование жестов отстранения и хватания. В мимике – повышенная подвижность губ и языка, разнообразные проявления хоботковой мимики, редкое мигание. Отмечено появление стереотипных проявлений неophobia, однообразных переходов к манипулятивно-пищевому поведению, часто не зависящих от стимула. При относительно благоприятном течении заболевания обнаруживались единичные элементы описанных особенностей НП, которые в большем объеме редуцировались под влиянием медикаментозного лечения. Кроме того, в исследовании обнаружена связь между возрастом начальных проявлений РДШ и типологическими особенностями НП.

Обоснование применения эволюционно-этологического принципа для клинко-патогенетической интерпретации патологических привычных действий у детей сделано Ю.С. Шевченко (1994; 1999; 2003). Было показано, что такие феномены как сосание пальца, яктация, допубертатная мастурбация, онихофагия, трихотилломания могут быть представлены как филогенетические автоматизмы в рамках пищевого, исследовательского,

комфортного поведения, а оральные паттерны патологических привычных действий могут быть понятны как результат смещённой и переадресованной активности [184-188].

Некоторые симптомы аутизма и шизофрении детского возраста разные авторы пытались рассматривать с этологических позиций. Например, J. Richer (1980; 1993) указывал на амбивалентность поведения ребенка с аутизмом, проявляющуюся в сочетании элементов «поведения избегания» и «поведения приближения» [264, 265]. N. Tinbergen, E. Tinbergen (1983) отмечали в поведении аутичного ребенка противоборство тенденций исследовательского, коммуникативного и утрированного защитного поведения в связи с постоянно высоким уровнем тревоги, называя это мотивационным конфликтом [285]. В.П. Самохвалов (1994, 2002) приводил в качестве примеров этологической интерпретации симптомов детского аутизма и шизофрении явления ходьбы на цыпочках как своеобразный регрессивный аналог вытягиванию стоп у младенцев в первые часы после рождения, активные проявления тактильной аутоstimуляции при невозможности прикосновения к другому человеку, расставление игрушек в особом порядке как намерение «защиты от посягательств на индивидуальную территорию» [156, 158]. Также указывалось на увеличение индивидуального расстояния, стремление находиться дальше от других детей, взрослых и от центра комнаты, геометрию перемещений по границе территории, хаотичные треки при кататоническом возбуждении, усиление имитативности при гебефрении [158, с. 40-43].

1.5. Оценочные шкалы детского аутизма

Оценочные шкалы должны соответствовать требованиям максимальной информативности и надежности, достаточной различительной способности, доступности и краткости. Задачи применения подобных шкал, согласно Г.П. Пантелеевой и С.И. Гавриловой (1999), следующие:

- 1) классификация вариантов состояний или синдромов внутри группы расстройств;
- 2) выявление динамики психических расстройств в связи с различными терапевтическими воздействиями;
- 3) определение прогностически значимых показателей;
- 4) выявление корреляций с биологическими, генетическими и другими показателями [136].

Существуют различные шкалы, опросники, карты, перечни признаков, предназначенные для оценки физического и психического состояния больного врачом, средним медицинским персоналом, самим пациентом или лицами из его ближайшего окружения [4, 30, 51, 76, 97, 113, 123, 132, 142, 150, 171, 173]. Широко используются различные шкалы для оценки аффективных расстройств, психотических состояний, отдельных синдромов или нозологических форм [124, 136], а также психометрические тесты для количественной оценки степени интеллектуальной недостаточности [28, 55, 58, 59, 63-65, 128, 130, 192].

В отечественной детской психиатрии оценочные шкалы аутистических расстройств не получили распространения, в то время как в зарубежных странах используются весьма активно [137, 151].

Разнообразие клинических проявлений и их описаний обусловили множество попыток выделения основных симптомов, «опорных пунктов диагностики», например, диагностический перечень L. Wing [298].

Актуальность объективизированного наблюдения и оценки симптомов детского аутизма обусловлена многообразием признаков данного нарушения развития, облигатными трудностями установления контакта и получения вербальной информации от ребенка. Кроме того, специфика клинико-психопатологического метода, направленного преимущественно на выявление продуктивной симптоматики, предполагает регистрацию и квалификацию расстройств на основе субъективного опыта и концепций клинициста [136].

Пожалуй, первой попыткой стандартизации и повышении достоверности диагностики явилась появление DSM-III в 1980 году, где был применен категориальный подход с операциональными критериями для каждого расстройства. При этом недостатками категориального диагноза являются представление о психических расстройствах как о «дискретных» диагностических единицах, а также увеличение числа диагнозов из рубрики «без дальнейшего уточнения» (БДУ), «подпороговых» расстройств (состояний, не отвечающих всем критериям конкретного расстройства) [133, 200, 253]. Применительно к РАС, в полной мере указанное относится к диагностической категории «атипичного аутизма» (МКБ-10) или PDD NOS (DSM-IV) [200]. В последние годы ведутся оживленные дискуссии о применении методов «прототипического соответствия», объединяющего диагностические критерии в стандартные прототипы психических заболеваний, «контекстуального точного диагноза», использующего технологии моментальной оценки, а также «доменов исследовательских критериев» (RDoC) [90, 133, 253, 291, 295, 296]. Упоминается, что подобный подход можно использовать для изучения исполнительной функции у детей при различных психических нарушениях, включая РАС, с целью «обнаружения этиологически разнородных расстройств внутри существующих синдромов» [295, 296].

Неотъемлемыми инструментами стандартизации и объективизации диагностики являются оценочные (рейтинговые) шкалы, которые должны

соответствовать требованиям максимальной информативности и надежности, достаточной различительной способности, доступности и краткости [124, 151, 191, 204, 281].

Наиболее распространенными в практике и при проведении исследований являются CARS (Childhood Autism Rating Scale, Schopler et al., 1988), GARS (Gilliam Autism Rating Scale, Gilliam, 1995), CHAT (Checklist for Autism in Toddlers, Baron-Cohen et al., 1992; 1996), M-CHAT (The Modified Checklist for Autism in Toddlers, Robbins et al., 2001), ADI-R (Autism Diagnostic Interview-revised, Lord et al., 1994; 2003; 2007), ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule, Lord et al., 1989). В последние несколько лет опубликованы пересмотренные и модифицированные версии наиболее популярных скрининговых опросников и оценочных шкал: MCHAT-R/F (Robbins et al., 2009), CARS-2 (Schopler et al., 2010), ADOS-2 (Lord et al., 2012), GARS-3 (Gilliam, 2013) [137, 198, 203, 204, 206, 286].

Кроме указанных инструментов, сравнительно часто упоминаются в иностранной специальной литературе SCQ (The Social Communication Questionnaire (Rutter et al., 2003), ABC (The Autism Behavior Checklist, Krug et al., 2008), AQ-Adol (The Autism-Spectrum Quotient, adolescent version, Baron-Cohen et al., 2006), AQ-Child (children's version, Auyeung et al., 2008), CASD (Checklist for Autism Spectrum Disorder, Mayes, 2012) и др. Существуют шкалы и тесты, направленные на выявление и оценку выраженности синдрома Аспергера – GADS (The Gilliam Asperger's Disorder Scale, Gilliam, 2001), ASDS (The Asperger Syndrome Diagnostic Scale, Myles et al., 2001), CAST (The Childhood Asperger Syndrome Test, Scott et al., 2002), RAADS-R (Ritvo Autism Asperger's Diagnostic Scale, Ritvo et al., 2008) и др. [280].

Перечисленные диагностические инструменты различаются в связи с задачами применения (скрининг, количественная оценка симптомов; клиническая практика или исследования), необходимому времени для заполнения (от 5-10 минут до 1,5-2,5 часов), возрасту пациентов (от 18 месяцев до 16 и более лет), адресатам (врачи, психологи, педагоги,

родители). Степень согласованности различных оценочных шкал между собой и с диагностическими критериями DSM-IV, DSM-V и МКБ-10 варьирует в значительных пределах для различных диагностических категорий – синдромов Каннера и Аспергера, атипичного аутизма (PDD NOS) [206]. В исследовании А.Ф. Шапошниковой [180-182] тестирование с помощью шкалы CARS показало наличие умеренных и выраженных расстройств аутистического спектра у 100% детей с детским аутизмом (F84.0), 92% случаев с атипичным аутизмом (F84.1), 55% при синдроме Аспергера (F84.5), в половине случаев в диагностической группе «другое общее расстройство развития» (F84.8), у 38% больных детским типом шизофрении (F20.8) и у 35% детей с шизотипическим расстройством (F21). В проведенном нами анализе (Хайретдинов О.З., 2007; 2011; Хайретдинов О.З., Носачев Г.Н., 2013) при сопоставлении результатов применения различных шкал также обнаружены различия в оценке степени расстройств. В частности, согласованность оценочных показателей по шкалам CARS и GARS выше в случаях синдрома Каннера и ниже – при атипичном аутизме и синдроме Аспергера.

В доступных нам литературных источниках нам не удалось обнаружить опросники и шкалы, способствующие решению задач дифференциальной диагностики клинических вариантов внутри группы расстройств аутистического спектра.

ГЛАВА 2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика больных, страдающих аутистическими расстройствами

Настоящее исследование проводилось на базе детского отделения ГКУЗ «Самарская психиатрическая больница» 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» в 2013-2014 гг. Материал, включенный в исследование, отбирался из контингента детей, госпитализированных в детское отделение ГКУЗ «Самарская психиатрическая больница» (142 ребенка) и пациентов, обратившихся за оказанием амбулаторной помощи в организационно-методическое отделение с консультативным приемом СПбГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина» (73 ребенка).

Диагноз аутистического расстройства у обследованных нами больных устанавливался и верифицировался в ходе консилиумов с участием заведующего кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Самарского государственного медицинского университета профессора Г.Н. Носачева, главного врача (заместителя главного врача) Самарской психиатрической больницы Я.А. Вулиса, главного внештатного специалиста детского психиатра Министерства здравоохранения Самарской области доцента В.Я. Сидельникова, профессора кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного

медицинского университета им. И.И. Мечникова В.Э. Пашковского, доцента Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета Б.В. Воронкова, сотрудников отделений (врачей психиатров, неврологов, медицинских психологов, логопедов-дефектологов).

Диагностическая квалификация изученных случаев опиралась на диагностические критерии Международной классификации болезней 10 пересмотра (1994) для детского аутизма (F84.0), атипичного аутизма (F84.1), синдрома Аспергера (F84.5), детского типа шизофрении (F20.8x3).

Клинико-катамнестический анализ осуществлялся в отношении 74 больных (34,4%) при повторных госпитализациях или амбулаторных консультациях продолжительностью от 1 до 9-ти лет в период с 2003-2012 годы с целью верификации диагноза и целесообразности включения в определенную исследуемую группу, а также определения прогностических критериев.

Клинико-психопатологическое исследование и изучение особенностей НП проведено у 215 детей (40 девочек и 175 мальчиков, соотношение 1:4,4), в клинической картине заболевания которых наблюдались аутистические расстройства.

Возраст пациентов, включенных в исследование, ограничивался интервалом от 2 до 7 лет (средний возраст $4,4 \pm 0,6$ лет).

Продолжительность заболевания с момента появления первых клинических признаков аутизма составляла от 6 месяцев до 5 лет (в среднем $2 \pm 0,7$ лет).

Для решения задач исследования выделено пять клинико-нозологических групп пациентов:

1) Первую группу составили 38 детей (29 мальчиков и 9 девочек) с синдромом Каннера (СК). Клиническая картина характеризовалась относительно равномерной выраженностью симптомов всех трех групп диагностических критериев для данного расстройства;

2) Вторая группа включала 31 пациента (26 мальчиков и 5 девочек) с

синдромом Аспергера (СА);

3) В третью группу вошли 73 ребенка (60 мальчиков и 13 девочек) с умственной отсталостью с аутистическим поведением (УО). Из первоначальной выборки больных были исключены пациенты, страдающие дифференцированными (наследственными) формами умственной отсталости в структуре генетической и хромосомной патологии и обменных нарушений (синдромы Дауна, Вильямса, Ангельмана, Мартина-Белл, 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;

4) Четвертую группу составили 44 ребенка (38 мальчиков и 6 девочек) с аутистическими расстройствами при резидуально-органических поражениях головного мозга (РО). У детей данной группы обнаруживались отчетливые признаки органического поражения ЦНС, верифицированные параклиническими методами исследования нервной системы и консультациями неврологов, нейрохирургов;

5) В пятой группе было 29 детей (22 мальчика и 7 девочек) с аутистическими расстройствами при ранней детской шизофрении (ДШ) с манифестацией до 5 летнего возраста.

Подобное подразделение на группы было связано с наибольшей представленностью пациентов с данными расстройствами среди контингента обследованных больных и в диагностической группе МКБ-10 «Общие (первазивные) расстройства развития» (F84). 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 последующем из первой 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. Выделение этой подгруппы обусловлено попыткой выявления дифференциальных клинических и невербально-поведенческих признаков собственно аутистического расстройства и сопутствующего органического поражения ЦНС. Оставшийся 21 ребенок (14 мальчиков и 7 девочек) составили подгруппу больных с «чистым» синдромом Каннера.

Таблица 2.1.

Распределение больных АР по группам

Группы больных					Всего
СА	СК	УО	РО	ДШ	
1	2	3	4	5	
абс.	абс.	абс.	абс.	абс.	абс.
(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
31 (14,4)	38 (17,7)	73 (34,0)	44 (20,5)	29 (13,5)	215 (100,0)

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

В табл. 2.1 и на рис. 2.1. приведены сведения о распределении пациентов по группам и доли каждой группы в общей выборке больных.

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.

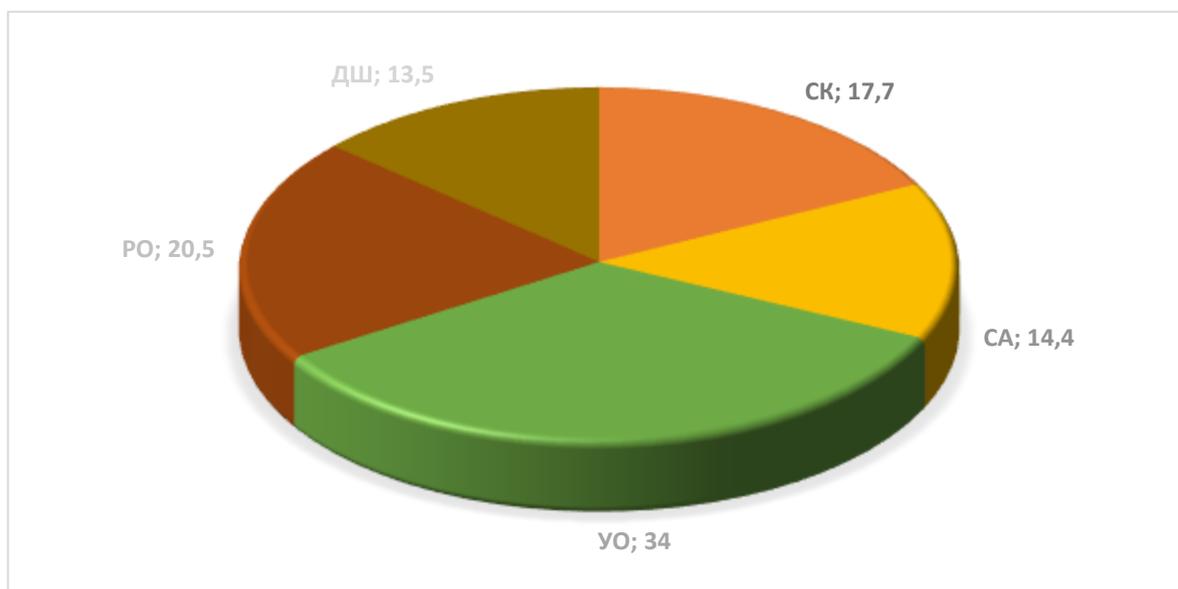


Рис. 2.1. Доли групп АР в общей выборке больных

В таблице 2.2 и на рисунке 2.1 приведены данные о распределении больных по полу и соотношению между пациентами мужского и женского пола в разных группах детского аутизма.

Полученные нами данные (преобладание 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).

Таблица 2.2.

Распределение больных АР по полу

Признак	Группы больных					Всего
	СА	СК	УО	РО	ДШ	
	1	2	3	4	5	
Мальчики	26	29	60	38	22	175
Девочки	5	9	13	6	7	40
Соотношение М:Д	5,2:1	3,2:1	4,6:1	6,3:1	3,1:1	4,4:1
Итого	31	38	73	44	29	215

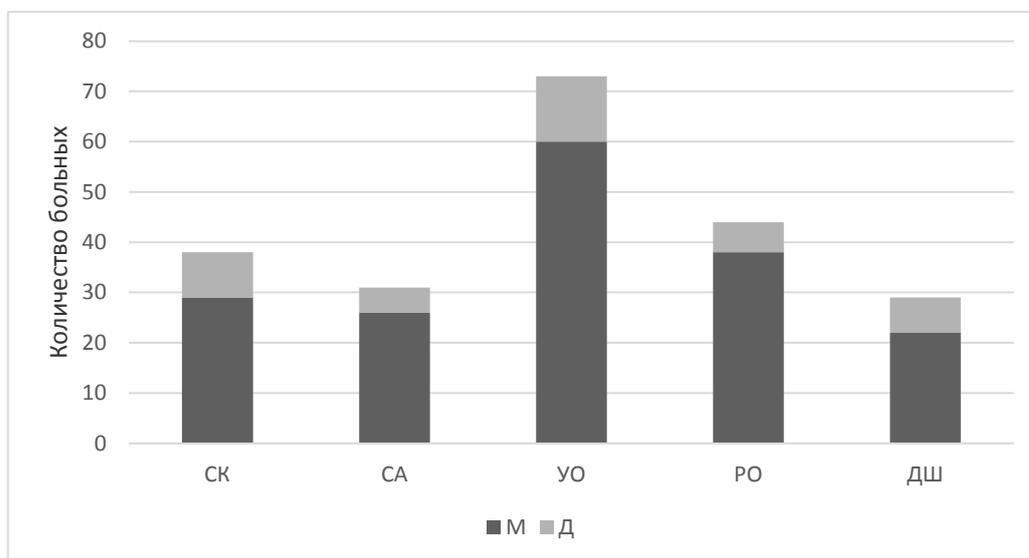


Рис. 2.2. Распределение больных АР по полу

В таблице 2.3 и на рисунках 2.3, 2.4 приведены данные о распределении больных по возрасту первичного обращения к психиатру в различных группах АР в детском возрасте:

Таблица 2.3.

Распределение больных по возрасту первичного обращения к психиатру

Возраст		Группы больных					Всего
		СА	СК	УО	РО	ДШ	
2	абс.	2	4	1	2	0	9
	%	6,5	10,5	1,4	4,5	0,0	4,2
3	абс.	1	19	15	13	3	51
	%	3,2	50,0	20,5	29,5	10,3	23,7
4	абс.	4	13	27	17	17	78
	%	12,9	34,2	37,0	38,6	58,6	36,3
5	абс.	6	2	29	8	6	51
	%	19,4	5,3	39,7	18,2	20,7	23,7
6	абс.	9	0	0	2	3	14
	%	29,0	0,0	0,0	4,5	10,3	6,5
7	абс.	9	0	1	2	0	12
	%	29,0	0,0	1,4	4,5	0,0	5,6
Итого		31	38	73	44	29	215

Возраст первичного обращения к психиатру в основном приходится на 3-5 лет с пиком в 4 года – соответственно 23,7%; 36,3% 23,7%. В другом возрасте впервые к психиатру обращаются от 4,2 до 6,5% пациентов. При этом в группе СК пик смещен на возраст 3 лет (50,0%), а в группе УО – на 4-5 лет (37,0% и 39,7%).

Отличается от общей картины первичная обращаемость к психиатру в группе СА: пик выпадает на возраст 6-7 лет, а в 3-4 года обращение происходит многократно реже, чем в других группах, что обусловлено, вероятно, меньшей тяжестью расстройств (см. рис. 2.4).

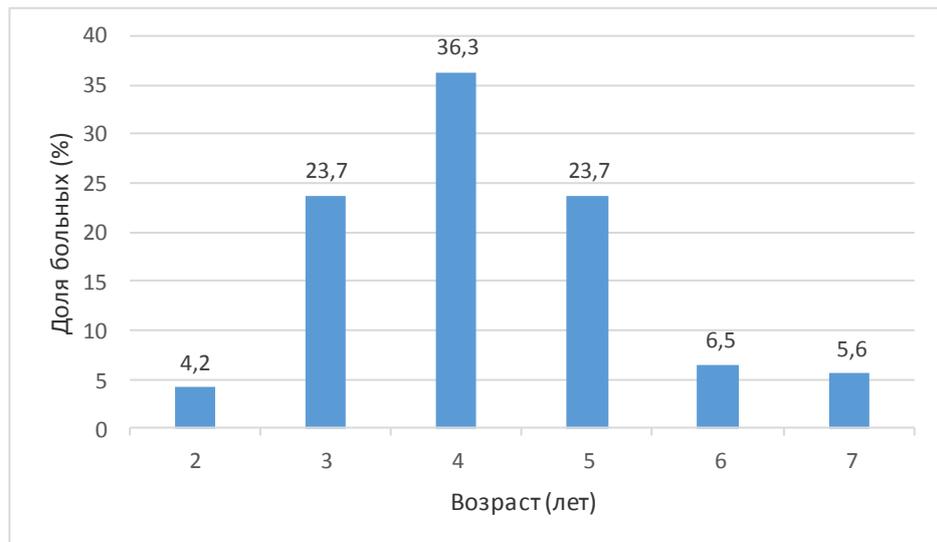


Рис. 2.3. Распределение больных АР по возрасту первичного обращения к психиатру

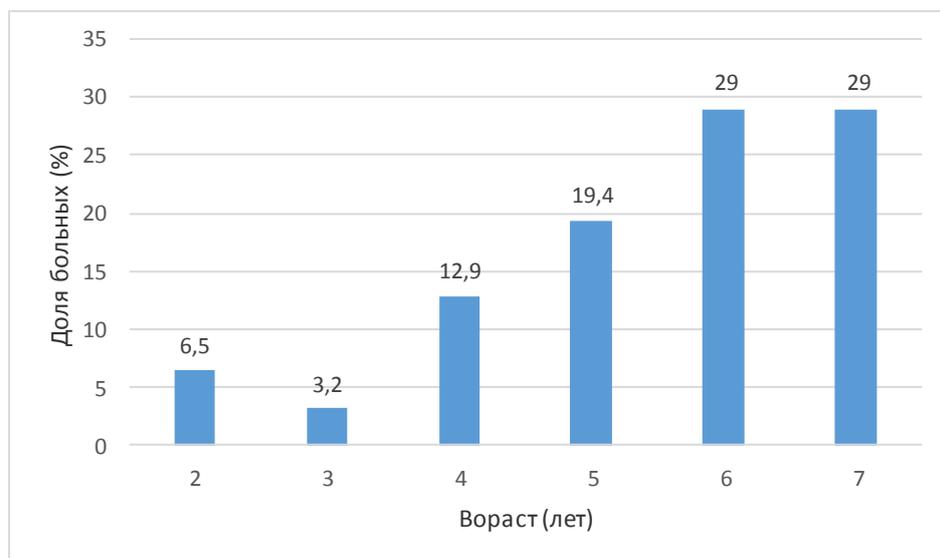


Рис. 2.4. Распределение пациентов группы СА по возрасту первичного обращения к психиатру

В таблице 2.4. представлены сведения об особенностях раннего онтогенеза обследованных детей с АР в возрасте от 0 до 2 лет, полученные из бесед с родителями и другими родственниками.

Таблица 2.4.

Особенности раннего онтогенеза

Признаки	Группы больных					Сред	
	СА	СК	УО	РО	ДШ		
	Частота, %						
1	Пассивность	22,6	34,2	49,3	32,2	17,2	24,6
2	Повышенная возбудимость	29,0	39,5	61,6	72,7	41,4	52,6
3	Недостаточность принятия позы готовности	71,0	73,7	46,6	27,3	24,1	47,9
4	Недостаточность реакции на зрительные и слуховые раздражители	71,0	81,6	67,1	36,4	17,2	57,2
5	Ареактивность при дискомфорте	6,5	52,6	45,2	27,3	17,2	33,5
6	Повышенная чувствительность при дискомфорте	38,7	15,8	9,6	11,4	6,9	14,9
7	Инверсия сна и бодрствования	16,1	42,1	20,5	29,5	51,7	29,8
8	Регресс двигательных навыков	0,0	5,3	8,2	27,3	31,0	13,5
9	Регресс речи	0,0	31,6	5,5	43,2	41,4	21,9
10	Задержка моторного развития	32,3	34,2	86,3	70,5	27,6	58,1
11	Опережение моторного развития	6,5	21,1	0,0	2,3	6,9	6,0
12	Задержка речевого развития	19,4	89,5	98,6	81,8	24,1	72,1
13	Опережение речевого развития	67,7	5,3	0,0	31,8	31,0	21,4

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%) (см. рис.2.5). 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.

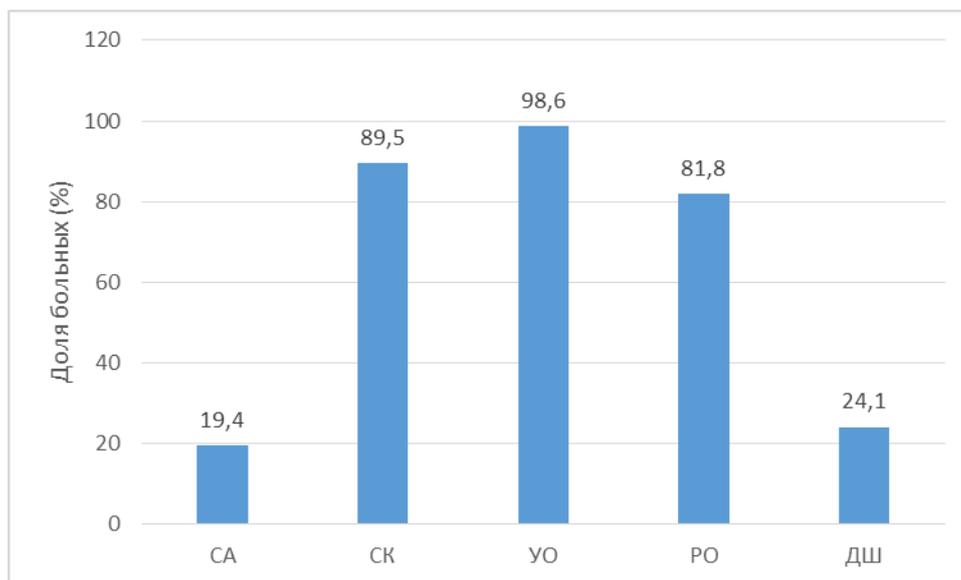


Рис. 2.5. Частота задержки речевого развития у больных АР

Две трети пациентов группы СА (67,7%), соответственно, 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 высокозначимые 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 ОР (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 ($p < 0,05$).

2.2. Клинико-этологический метод исследования

Исследование проводилось с использованием клинико-психопатологического и клинико-этологического методов, с обобщением как проспективных, так и ретроспективных клинических характеристик состояния больных и признаков НП. Данные по каждому больному заносились в протокол, в содержании которого были представлены клинические параметры и признаки НП, стандартизованные в рамках проводимого исследования.

При разработке клинико-этологической карты обследования за основу были взяты критерии диагностики аутистических расстройств (общих расстройств развития), отраженные в МКБ-10: качественные нарушения социального взаимодействия, нарушения коммуникации и повторяющиеся или стереотипные формы поведения, интересов и деятельности. В рамках этих критериев выделены характерные для аутистических расстройств детского возраста особенности НП - походки, жестикуляции, глазного контакта, мимики и пантомимики, взаимодействия со знакомыми и незнакомыми людьми, своеобразия игры и прочей деятельности. Кроме того, включены преимущественно невербальные характеристики речи ребенка, а также поведенческие проявления страхов, приема пищи, агрессивных и аутоагрессивных действий. В дополнительном разделе

общих диагностических указаний регистрировались анамнестические сведения, касающиеся семейно-наследственной и перинатальной отягощенности, хронологии верифицированных заболеваний и патологических состояний, предшествующего развитию расстройств после периода благополучного развития, эпизодов депривации.

1. Особенности зрительного контакта

В данном разделе выделены варианты НП, связанного с особенностями регулирования социального взаимодействия с помощью взора, зрительного контакта:

1. часто отводит взгляд, смотрит в глаза лишь несколько секунд;
2. отворачивается, закрывает лицо руками, вскрикивает, встретив чей-то взгляд;
3. смотрит в лицо, но без фиксации взгляда на глазах человека (взгляд «сквозь»);
4. смотрит «мимо» человека, взгляд направлен «рядом» с собеседником;
5. не следит взглядом за движениями находящегося рядом человека;
6. взгляд исподлобья;
7. немигающий взгляд;
8. следит за перемещениями собеседника боковым зрением.

2. Мимика ребенка в ситуации взаимодействия

Выделены варианты мимических реакций ребенка в ситуации, когда взрослый (врач, психолог, педагог, медицинская сестра) пытался вступить во взаимодействие с ребенком, обращался к нему, предлагал игрушки и т.п.

1. мимические реакции без особенностей;
2. мимика интереса;

3. мимические изменения крайне бедны;
4. задумчивое, подчеркнуто серьезное выражение лица;
5. мимика смущения;
6. мимика тревоги, испуга;
7. мимика растерянности;
8. мимика напряжения;
9. мимика недовольства;
10. эхомимия;
11. улыбка с отворачиванием;
12. смена мимических выражений без плавных переходов;
13. мимические изменения, не связанные с происходящим в данный момент;
14. несоответствие выражений разных областей лица;
15. гримасы.

3. Поза и проксемические характеристики в ситуации взаимодействия

Особенности изменения позы, положения тела в пространстве и расстояния до человека и по отношению к нему, когда он пытается вступить во взаимодействие (обратиться, предложить игрушки и т.п.)

1. без особенностей;
2. поза не изменяется в ситуации взаимодействия;
3. застывшая, напряженная поза;
4. активное противодействие (поворачивается боком или спиной, отдаляется, убегает);
5. поза агрессии с замахиванием рукой или находящимся в руке предметом, сжатыми кулаками.

4. Жестикуляция

1. угловатая, неловкая;

2. недостаточность указательных и коммуникативных жестов;
3. жесты отстранения;
4. агрессивные жесты;
5. жесты, не связанные с происходящим в данный момент;
6. парадоксальная жестикуляция.

5. Общая моторика

1. повышенная активность, неусидчивость;
2. медлительность;
3. скованность, механистичность, угловатость;
4. субступор;
5. порывистые импульсивные движения;
6. пластичность отдельных действий на фоне общей неловкости;
7. гротескность и причудливость размаха.

6. Локомоция

Оценивались особенности походки, бега, прыжков. Выделены следующие варианты, наиболее часто встречающиеся в обследованных группах детей:

1. скованная походка, при которой руки приведены, практически не участвуют в движении, туловище также мало участвует в движении, прямое или наклонено несколько вперед;
2. некоординированная, неуклюжая походка;
3. порывистая походка, с ускорением отдельных движений;
4. нецеленаправленное блуждание, полевое поведение;
5. походка (ходьба) «на цыпочках»;
6. манерная походка, вычурная походка с неадекватностью, размахиванием рук;
7. бег (ходьба) по кругу или «от стены к стене»

7. Особенности контактов со сверстниками

1. предпочтение контактов со взрослыми;
2. отсутствие концентрации внимания на общих объектах;
3. наблюдает за игрой других детей со стороны;
4. безразличие, «не замечает» других детей;
5. игра рядом, «параллельно» с другими детьми;
6. стремление к прекращению контакта;
7. страх при намерении другого вступить в контакт;
8. активное сопротивление при намерении другого вступить в контакт;
9. аутоагрессия при намерении другого вступить в контакт;
10. неразборчивость контактов;
11. контакты как с неживыми объектами;
12. стремление к телесным контактам, объятиям;
13. открытые действия сексуального характера;
14. крайняя настороженность, подозрительность;
15. целенаправленная агрессия;
16. импульсивная агрессия.

8. Особенности социальной и эмоциональной взаимности

1. не стремится поделиться радостью, достижением с другими людьми;
2. не указывает жестами на объект общего интереса другому человеку;
3. стремление найти защиту у близких лишь в вызывающей тревогу ситуации при «холодном» отношении в целом;
4. привязанность к матери, близким;

5. недостаточная способность уступить, пожалеть, учесть интересы другого;
6. уклоняется от попыток организовать взаимодействие с ним, однако держится рядом с родителем;
7. отсутствие ответных эмоциональных реакций на ласку, похвалу;
8. обращается только тогда, когда что-то нужно дать, достать и пр.;
9. не обращается с просьбой в какой бы то ни было форме;
10. отсутствие вопросов;
11. часто механически использует руки взрослого как инструмент;
12. не откликается на обращение;
13. негативизм.

9. Невербальные характеристики речи

1. скандированная речь;
2. сочетание лепетной речи с фразовой речью;
3. монотонная, без интонационных пауз, эмоциональной экспрессии, жестикуляции;
4. затухающие интонации к концу фразы;
5. подъем интонации или темпа к концу фразы;
6. речь нараспев, растянутые слова;
7. речь-скороговорка.

10. Дефицит разговорной речи

1. достаточно сформированная разговорная речь;
2. практически полное отсутствие разговорной речи со стремлением к компенсации мимикой и жестами;

3. речь ограничена вокализациями;
4. практически полное отсутствие разговорной речи без попыток компенсации мимикой и жестами;
5. речь ограничивается отдельными эхολалиями;
6. речь ограничена произнесением названий предметов или явлений;
7. невнятная неразборчивая речь.

11. Особенности речевого контакта

1. отсутствие инициативы при разговоре;
2. “книжная”, “взрослая” речь, штампованные фразы;
3. буквальность понимания слов собеседника;
4. отсутствие гибкой реакции на полученное сообщение;
5. монолог “взахлеб”.

12. Стереотипии в речи или неадекватное использование слов и фраз

1. непосредственные эхολалии;
2. ответы из слов, содержащихся в вопросе, с правильным использованием личных местоимений;
3. неправильное использование личных местоимений, речь о себе во 2-3 лице;
4. повторные однообразные вопросы без интереса к содержанию ответов;
5. повторение фраз без заметной связи с ситуацией;
6. аутокоманды или комментирующие фразы;
7. склонность к декламации, рифмованию, использование слов по созвучию;
8. неологизмы;

9. нарушения грамматического и синтаксического строя фраз.

13. Игра, социальное и бытовое подражание

1. пересыпание, верчение, перекалывание, постукивание;
2. рассматривание игрушек без стремления к манипулированию ими;
3. отсутствие коммуникативных и ролевых игр;
4. слабое понимание простых социальных ситуаций;
5. «корявое» подражание взрослым в выполнении домашних или профессиональных функций;
6. социальные и бытовые навыки жестко привязаны к определенной ситуации или человеку;
7. невозможность использовать простейшие социальные навыки без внешнего побуждения и диктовки.

14. Самообслуживание и повседневная деятельность

1. неряшливость в еде;
2. отсутствие (выраженные затруднения) жевания;
3. не пользуется горшком, туалетом.

15. Стереотипные интересы

1. нетрадиционные увлечения;
2. традиционные увлечения, носящие сверхценный характер;
3. малопродуктивное коллекционирование отвлеченных сведений;
4. длительное фиксирование внимания на малодинамичных явлениях;
5. повышенный интерес к страшным, неприятным, асоциальным явлениям.

16. Привязанность к специфическим нефункциональным поступкам или ритуалам

1. включение-выключение света;
2. стремление педантично следовать нормам и правилам, поддерживать порядок;
3. строгое соблюдение сложившегося стереотипа в распорядке дня, в обстановке, в одежде;
4. выраженная избирательность в еде;
5. привычное обнюхивание предметов или людей;
6. требование одного и того же ответа на свои вопросы;
7. требования участия окружающих в выполнении ритуалов.

17. Моторные стереотипии

1. потряхивание кистями рук, предметами;
2. стереотипное шевеление, перебирание пальцами, потирание рук;
3. взмахи, сгибание-разгибание рук в локтевых и плечевых суставах;
4. однообразные повороты головы или тела, раскачивания;
5. биения туловищем, головой;
6. кружение вокруг своей оси;
7. подпрыгивания;
8. избирательное напряжение мышц;
9. патологические привычные действия;
10. манипулирование половыми органами без сексуальной окраски;
11. мастурбация;

12. прерывание начатого действия, застывания, замирания.

18. Внимание к частям или нефункциональным элементам предметов

1. сосредоточенность на отдельных свойствах или частях предмета;
2. без целостного использования по назначению;
3. прикованность внимания к предметам и явлениям, не вызывающим интереса у других людей;
4. однообразные манипуляции с игрушками в отрыве от их предназначения;
5. предпочтение игр с неигровыми предметами.

19. Избегающее и рискованное поведение

В данном разделе мы выделили:

1. **страхи обыденного содержания**, «психологически понятные», встречающиеся с большой частотой у детей дошкольного возраста: шума электроприборов – пылесоса, фена, стиральной машины; громких звуков; природных явлений – грозы, сильного ветра; темноты; транспорта – автомашин, трамвая, автобуса, троллейбуса, метро; гигиенических процедур - купания, стрижки волос и ногтей, мытья головы; крупных животных, собак, птиц, насекомых; оставаться одному; высоты; страшных сказочных персонажей; информация о лекарствах, болезнях и др.;

2. **крайне необычные, нетипичные, вычурные страхи**: например, унитаза; клоунов, масок, фотографий и изображений лица; звуков музыкальных инструментов; надевать одежду через голову; выходить на улицу; дотрагиваться до предметов; закрывающихся дверей и пр.;

3. **опасения и избегание нестандартных, новых, непривычных ситуаций**: незнакомых помещений, незнакомых людей; новой одежды, пищи, игр и т.п.;

4. **воспроизведение в фантазиях или игре пугающих ситуаций**, регулярно повторяя один и тот же сюжет или привнося устрашающий объект;

5. **видимое пренебрежение реальной опасностью, повторяющиеся ситуации**, когда, например, ребенок выбегает на проезжую часть с движущимися автомобилями, отсутствие «чувства края» при нахождении на высоком объекте, приближение к крупным собакам и т.д.

2.3. Статистическая обработка

Статистическая обработка результатов производилась с помощью программы Statistica 6.0 (StatSoft Inc.) методом рангового анализа вариаций по Краскелу-Уоллису (Kruskel-Wallis ANOVA), предназначенного для непараметрического сравнения трех и более независимых (несвязанных) групп, а также путем сравнительного анализа таблиц сопряженности и определения критерия χ^2 –Пирсона ($p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$).

Для уточнения особенностей некоторых анализируемых параметров применялись показатели описательной статистики пакета Microsoft Excel. Рассчитывались относительные и средние величины (среднее \pm стандартная ошибка).

ГЛАВА 3. ОБЩИЕ КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

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.

В таблице 3.1 приведены данные о частоте общих неспецифических клинико-этологических признаков, наблюдавшихся более чем в 50% по усредненным значениям для всех исследованных групп.

Как видно из таблиц 3.1 и № П.4.1 ПРИЛОЖЕНИЯ 4, из *простых форм поведения* наиболее частыми общими во всех группах детей характеристиками были:

- особенности глазного 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 ОР (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 ОР (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%).

Таблица 3.1.

Общие клинико-этологические признаки для всех групп АР

Признаки		Частота признаков, %					
		СА	СК	УО	РО	ДШ	Средн
1	недостаточная способность уступить, пожалеть, учесть интересы другого	77,4	86,8	94,5	72,7	93,1	86,0
2	слабое понимание простых социальных ситуаций	51,6	92,1	97,3	81,8	75,9	83,7
3	недостаточность указательных и коммуникативных жестов	71,0	94,7	97,3	65,9	51,7	80,5
4	невозможность использовать простейшие социальные навыки без внешнего побуждения	77,4	86,8	80,8	70,5	79,3	79,1
5	неряшливость при приеме пищи	67,7	68,4	86,3	86,4	75,9	79,1
6	отсутствие коммуникативных и ролевых игр	64,5	94,7	71,2	75,0	82,8	76,7
7	не стремится поделиться радостью, достижением с другими людьми	51,6	94,7	71,2	72,7	82,8	74,4
8	отсутствие ответных эмоциональных реакций на ласку, похвалу	45,2	81,6	72,6	52,3	93,1	68,8
9	отсутствие концентрации внимания на общих объектах	51,6	81,6	78,1	56,8	58,6	67,9
10	глазной контакт практически отсутствует (редкие эпизоды не более 1-2 секунд)	45,2	81,6	61,6	52,3	75,9	62,8
11	отсутствие гибкой реакции на полученное сообщение	87,1	63,2	56,2	54,5	65,5	62,8
12	скованная походка	61,3	50,0	52,1	72,7	65,5	59,1
13	угловатая, неловкая жестикуляция	77,4	55,3	54,8	65,9	41,4	58,6
14	повышенная активность, неусидчивость	54,8	68,4	39,7	77,3	62,1	57,7
15	крайняя избирательность в еде	61,3	81,6	46,6	52,3	41,4	55,3
16	скованность, механистичность, угловатость моторики	71,0	63,2	39,7	63,6	44,8	54,0
17	отсутствие инициативы при разговоре	58,1	50,0	61,6	34,1	51,7	52,1
18	жесты отстранения	67,7	57,9	39,7	40,9	72,4	51,6
19	страхи обыденного содержания	45,2	57,9	54,8	52,3	31,0	50,2

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 ОР (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:

- отсутствие 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 отличалась:

- отсутствием коммуникативных и ролевых игр (76,7%);
- слабым пониманием простых социальных ситуаций (83,7%), в меньшей степени в группе СА (51,6%);
- невозможности 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 в данной главе 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, и будут подробнее проанализированы в главах 4 и 5.

ГЛАВА 4. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Основным фокусом проведенного исследования было выделение специфических признаков НП, характерных для определенных клинических вариантов аутистических расстройств, для использования их с дифференциально-диагностической целью. Сводные данные о частоте признаков НП с указанием достоверности различий приведены в таблице П.4.1 (ПРИЛОЖЕНИЕ 4).

Особенности глазного контакта

Относительно сохранный глазной контакт отмечен у небольшой части пациентов группы РО (15,9%), СА (6,5%) и УО (4,1%). Для пациентов из групп СА (6,5%) и, в меньшей степени, РО (29,5%) не характерно отсутствие слежения взглядом за движениями находящегося рядом человека.

Только большинству пациентов группы ДШ оказался свойственным взгляд «мимо» и «рядом» с собеседником (72,4 %, против 35,5 и 21,1% в группах СА и СК и значительно меньших значений частоты данного признака в остальных группах). Также существенно чаще в группе ДШ отмечено активное отвержение глазного контакта в форме стремления отвернуться, закрыть лицо руками, вскрикивание при встрече чужого взгляда (55,2%), а также взгляд исподлобья (34,5%). Взгляд «сквозь» наблюдался чаще в группах СК (55,3%) и ДШ (55,2%), крайне редко – в группе СА (6,5%).

Непрерывный глазной контакт и немигающий взгляд оказались характерны только для пациентов группы ДШ (24,1 и 20,7%), а слежение за перемещением человека боковым зрением – пациентам групп СА (32,3%) и РО (29,5%).

Мимика ребенка в ситуации взаимодействия

В группе РО более чем в 2 раза реже отмечается бедность мимических изменений (31,8%), а мимика интереса и, особенно, смущения – чаще (11,4 и 31,8%). Мимическое выражение недовольства при попытке вступить во взаимодействие с ребенком преобладали в группах СА и СК (71,0 и 63,2%).

Мимика растерянности более характерна для группы ДШ (37,9%), тревоги и испуга – ДШ и СК (58,6 и 55,3%).

Только для пациентов группы ДШ оказались свойственны эхомимия (24,1%), улыбка с отворачиванием (31,0%), смена мимических выражений без плавных переходов (56,8%), мимические изменения, не связанные с происходящим в данный момент (58,6%), несоответствие выражений разных областей лица (34,5%) и гримасы (41,4%).

Поза и праксемические характеристики в ситуации взаимодействия

Неизменность позы при попытке вступить во взаимодействие с ребенком существенно преобладали в группе СК (78,9%).

Поza агрессии при попытке вступить во взаимодействие наблюдалась у четверти пациентов группы ДШ (24,1%), а отсутствие каких-либо существенных особенностей позы и праксемических характеристик в ситуации взаимодействия отмечены только в небольшой части группы РО (6,8%).

Жестикуляция

Недостаточность указательных жестов и коммуникативных жестов оказалась типична для подавляющего большинства пациентов групп УО и СК (97,3 и 94,7%) и для меньшей части пациентов группы ДШ (51,7%). Угловатость и неловкость жестикуляции чаще встречалась в группе СА (77,4%), а реже – ДШ (41,4%).

С другой стороны, за редким исключением, только в группе ДШ наблюдались жесты, не связанные с происходящим в данный момент (65,5%) и парадоксальная жестикуляция (79,3%), а также более чем в 2 раза чаще, нежели в других группах, агрессивные жесты (62,1%).

Общая моторика

Повышенная активность и неусидчивость, в отличие от расхожих представлений о пассивности аутичных детей, относительно равномерно представлена во всех группах, в меньшей степени - в группе УО (39,7%), а скованность, механистичность, угловатость – чаще в группах СА (71,0%), РО (63,6%) и СК (63,2%). Медлительность преобладала в группе УО (57,5%), субступор выявлен практически только в группе ДШ (27,6%).

Порывистость и импульсивность движений реже отмечалась в группе СК (10,5%), УО (11,0%) и РО (15,9%), чаще – в группах ДШ (37,9%) и СА (35,5%).

Феномен пластичности отдельных действий на фоне общей неловкости встречался многократно чаще у пациентов группы СК (52,4%), а гротескность и причудливость размаха движений – группы ДШ (34,5%) и, напротив, практически отсутствовал в группах УО (2,7%) и СК (5,3%).

Локомоция

Скованная походка часто (от 50,0 до 72,7%) наблюдалась во всех группах, в то время как некоординированная и неуклюжая – чаще в группе РО (63,6%) и СА (61,3%), реже – в группах СК (26,3%) и ДШ (24,1%), а порывистая – чаще в группах СА (38,7%) и ДШ (34,5%). Манерная походка отмечена почти в 2/3 случаев в группе ДШ (62,1%) и только в единичных случаях – в остальных группах.

Феномен ходьбы «на цыпочках» отмечался часто в группах СК (68,4%) и РО (61,4%), почти не выявлялся в оставшихся группах.

Бег (ходьба) по кругу или «от стены к стене» чаще всего наблюдался в группе ДШ (79,3%) и СК (47,4%), крайне редко – в группе СА (6,5%).

Особенности контактов со сверстниками

Отсутствие концентрации внимания на общих объектах значительно чаще среднего встречается в группах СК и РО (81,6 и 78,1%). Контакты с людьми как с неодушевленными объектами преобладали в группах СК (81,6%).

Пассивное сопротивление при намерении другого вступить в контакт чаще наблюдались у детей из группы СК (73,7%) и СА (61,3%), аутоагрессия – в группе СК (71,1%), активное стремление к прекращению контакта – в группах СА (93,5%) и ДШ (69,0%).

Предпочтение контактов со взрослыми и тенденция наблюдать за игрой других детей со стороны оказались более свойственны для группы СА (67,7 и 61,3%), а безразличие, склонность «не замечать» других детей – группе УО (76,7%), СК (76,3) и ДШ (75,9%) и реже – группе СА (22,6%).

Неразборчивость контактов и стремление к телесным контактам, объятиям отмечено у трети пациентов группы РО (31,8 и 36,4%) при редкости в других группах.

Крайняя настороженность и подозрительность, целенаправленная и импульсивная агрессия характерны для пациентов группы ДШ (37,9; 24,1 и 44,8%). Открытые действия сексуального характера, при редкости данного проявления, также встречались почти исключительно в группе ДШ (13,8%).

Особенности социальной и эмоциональной взаимности

Чаще других признаков, как уже отмечено в главе 3, наблюдались недостаточная способность уступить, пожалеть, учесть интересы другого (в среднем в 86,0% во всех группах без значимых различий).

Отсутствие указаний жестами на объект общего интереса другому человеку и отсутствие стремления поделиться радостью, достижением с другими людьми реже, чем в других группах, отмечалось у пациентов СА (22,6 и 51,68%).

Отсутствие вопросов чаще отмечалось в группах СК и УО (81,6 и 79,5%); отклика в ответ на обращение – также в группах СК и УО (76,3 и 79,5%), а реже – в группе СА (22,6%). Отсутствие ответных эмоциональных реакций на ласку или похвалу – в группах ДШ (93,1%), СК (81,6%) и УО (72,6%).

Обращение за помощью к родителям только в ситуации, когда что-то нужно дать или достать сравнительно редко наблюдалось у пациентов СА

(22,6%). Отсутствие обращений с просьбой в какой бы то ни было форме преобладало в группе УО (63,0%), редко регистрировался данный признак в группах СА и РО (6,5 и 9,1%).

Частое механическое использование руки взрослого как инструмента проявлялось часто в группах СК (86,8%), УО (76,7%) и РО (72,7%), негативизм – в группе ДШ (41,4%) и несколько реже – в группах РО (25,0%) и УО (23,3%).

Тенденция уклоняется от попыток родителей организовать взаимодействие, однако держаться рядом с ними оказалась свойственна для детей из группы РО (47,7%).

Невербальные характеристики речи и речевого контакта

Среди невербальных характеристик речи значимо преобладают в группе ДШ затухающие интонации к концу фразы (41,4%), речь нараспев, растянутые слова (27,6%), а в группах СА и ДШ – монотонная речь, без интонационных пауз, эмоциональной экспрессии и жестикуляции (67,7 и 51,7%).

Практически полное отсутствие разговорной речи без попыток компенсации мимикой и жестами значимо превалирует в группе УО (52,1%), в то время как отсутствие разговорной речи со стремлением к компенсации мимикой и жестами – в группе РО (22,7%). Речь, состоящая только из отдельных эхололий, чаще в группе СК (23,7%) и несколько реже – в группе ДШ (13,8%). Невнятная неразборчивая речь заметно чаще наблюдалась в группах УО (32,9%) и ДШ (24,1%), а речь, ограниченная вокализациями – в группе УО (42,5%).

Ярким отличительным признаком группы СА была достаточно сформированная разговорная речь (87,1%).

Отсутствие инициативы при разговоре в среднем отмечено у половины детей из всех групп, кроме группы РО (34,1%). Достоверно чаще встречались среди пациентов группы СА “книжная”, “взрослая” речь и штампованные фразы (61,3%) и монолог “взахлеб” (67,7%).

Непосредственные эхолалии преобладали в группах ДШ и СК (82,8 и 76,3%) и отмечены только у 22,6% пациентов группы СА. Формальные ответы из слов, содержащихся в вопросе, с правильным использованием (заменой) личных местоимений несколько чаще встречались в группе Д (31,0%).

Повторение однообразных вопросов без интереса к содержанию получаемых ответов преобладало в группах ДШ и СА (62,1 и 61,3%), а склонность к декламации, рифмованию, использованию слов по созвучию – в группе СА (45,2%).

Неологизмы и нарушения грамматического и синтаксического строя фраз значительно преобладали в группе ДШ (по 65,5%).

Игра, социальное и бытовое подражание

Отсутствие коммуникативных и ролевых игр отсутствие коммуникативных и ролевых игр встречалось с высокой частотой во всех группах, однако чаще всего у пациентов СК (94,7%), а преобладали в этой группе наиболее простые манипулятивные действия в виде пересыпание, верчение, переключивание, постукивание (78,9%).

Предпочтение игр с неигровыми предметами наблюдалось у большинства детей СК (84,2%), а и однообразные манипуляции с игрушками в отрыве от их предназначения – в группах СК (73,7%) и УО (53,4%). Сосредоточенность на отдельных свойствах или частях предмета без целостного использования по назначению чаще проявлялись в группах СК (63,2%), СА (51,6%) и РО (34,1%).

Прикованность внимания к предметам и явлениям, не вызывающим интереса у других людей, в большей степени отмечены в группах ДШ и СА (37,9 и 54,8%).

Игровое подражание взрослым в выполнении домашних или профессиональных функций, хотя и часто неловкое, достоверно часто отмечено в группе СА (67,7%) и менее значимо – в группе РО (38,6%). Реже чем в остальных группах, у детей из группы СА наблюдалось слабое

понимание простых социальных ситуаций (51,6%) и рассматривание игрушек без стремления к манипулированию ими (6,5%).

Жесткая привязанность социальных и бытовых навыков к определенной ситуации или человеку чаще обнаруживалась у пациентов группы СК (60,5%) и, напротив, редко – в группе ДШ (10,3%).

Самообслуживание и повседневная деятельность

Неспособность пользоваться горшком, туалетом преобладала в группах УО (65,8%) и ДШ (55,2%) и почти не встречалась в группе СА (3,2%).

Отсутствие или выраженные затруднения жевания обнаружили около трети пациентов всех групп, кроме групп УО (12,3%) и СА (12,9%).

Стереотипные интересы, привязанность к нефункциональным поступкам или ритуалам

Традиционные увлечения, носящие сверхценный характер, оригинальные, необычные увлечения, малопродуктивное коллекционирование отвлеченных сведений существенно чаще наблюдались в группе СА (74,2; 74,2 и 38,7%), повышенный интерес к страшным, неприятным, асоциальным явлениям – в группах ДШ (41,4%) и СА (38,7%).

Длительное фиксирование внимания на малодинамичных явлениях значительно преобладало в группе СК (60,5%), относительно часто встречалось в группах УО (38,4%) и РО (38,6%), а реже всего - в группе СА (16,1%).

Выраженная избирательность в еде отмечена у большинства пациентов групп СК и СА (81,6 и 61,3%).

Стремление нажимать на клавишу, включая и выключая освещение, также чаще наблюдалось в группах УО и СК (37,0 и 34,2%), а стремление педантично следовать нормам и правилам, поддерживать порядок – в группе СА (80,6%).

Строгое соблюдение сложившегося стереотипа в распорядке дня, в обстановке, в одежде преобладало в группах СА и СК (80,6 и 73,7%), несколько реже проявлялось в группе РО (47,7%).

Требование неизменных ответов на свои вопросы чаще всего отмечено в группах ДШ и СА (62,1 и 61,3%).

Моторные стереотипии

Среди моторных стереотипных действий чаще отмечены потряхивание кистями рук, предметами в группах РО (86,4%), УО (79,5%) и СК (76,3%), раскачивания и однообразные повороты головы или тела – в группах ДШ (48,3%) и РО (40,9%), подпрыгивания и простые патологические привычные действия – в группе СК (65,8 и 55,3%), РО (43,2 и 61,4%) и УО (42,5 и 65,8%).

Взмахи и сгибание-разгибание рук в локтевых и плечевых суставах чаще отмечены в группе УО (65,9%) и СК (63,2%), реже – в группах СА и ДШ (16,1 и 6,9%). Удары туловищем или головой об твердые поверхности проявлялись у большинства пациентов группы ДШ (79,3%) и трети - в группах УО и РО (35,6 и 29,5%).

Кружение вокруг своей оси встречалось также у трети всех детей, кроме групп СА (6,5%) и УО (16,4%).

Манипулирование половыми органами без сексуальной окраски преобладало в группе ДШ (62,1%), в меньшей степени – в группах УО и РО (45,2 и 34,1%), а мастурбация и прерывание начатого действия, застывания, замирания отмечались практически только в группе ДШ (20,7 и 31,0%).

Избегающее и рискованное поведение

Избегание нестандартных, новых, непривычных ситуаций и страхи обыденного содержания часто отмечались во всех группах и только у трети пациентов ДШ (по 31%). У них же существенно чаще проявлялись крайне необычные, нетипичные, вычурные страхи (72,4%), несколько реже – в группе СК (47,4%) и почти не отмечены в группе СА (6,5%).

Воспроизведение в фантазиях или игре пугающих ситуаций проявилось в группах СА и ДШ (38,7 и 31,0%) и практически отсутствовало в других группах.

Видимое пренебрежение реальной опасностью зарегистрировано у $\frac{3}{4}$ пациентов УО (75,3%), у 61,4% детей группы РО и только у одной десятой пациентов группы СА (9,7%).

Таким образом, выявлены типологические особенности НП, относительно специфические для различных клинических вариантов аутистических расстройств. Установленные различия могут служить основой для разработки дифференциально-диагностических критериев разграничения данных клинических вариантов аутистических расстройств, объединенных одной диагностической категорией в МКБ-10, но имеющих существенную специфику в лечебно-коррекционной тактике и различный прогноз.

ГЛАВА 5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЬНЫХ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С УЧЕТОМ ДАННЫХ КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА

Основным фокусом проведенного исследования было выделение специфических признаков НП, характерных для определенных клинических форм ДА, 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, перекалывания, 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 синдроме Каннера 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* наряду с признаками более равномерного и тотального психического недоразвития, в сравнении с пациентами из других групп, обращали на себя внимания отдельные навыки, умения и способности существенно более высокого уровня (использование сложной бытовой техники и электронных гаджетов, конструирование, сбор мозаики и пазлов с большим количеством элементов, впечатляющая географическая и пространственная ориентировка и память, знание иностранных фраз при отсутствии сопоставимого лексикона на родном языке и т.п.). Из признаков невербального поведения 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%); 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 *аутистических расстройствах в рамках резидуально-органических поражений 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 глазной 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 многих пациентов 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 *аутистическими расстройствами при ранней 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 агрессивные жесты (62,1%); активное отвержение глазного 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%). В анамнезе у многих пациентов с ранней детской шизофренией отмечался регресс речи, игровой деятельности, навыков самообслуживания (в том числе, навыков опрятности) после периода нормального или ускоренного развития детей в первые 1,5-2 года жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аутистические расстройства в детском возрасте являются одной из наиболее актуальных проблем в психиатрии в силу роста показателей распространенности, сложностей своевременной диагностики и комплексной коррекции.

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).

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. с соавт., 1990; Коробов А.А., 1991), включающий фиксацию и анализ признаков НП на уровне элементов двигательных актов, простых комплексов поведения и сложных поведенческих форм.

Целью исследования было выделение дифференциально-диагностических клинико-психопатологических признаков основных клинических вариантов аутистических расстройств у детей, дополненных результатами клинико-этологического исследования. Для достижения указанной цели проведено исследование НП детей с АР с помощью клинико-этологического метода; выделили признаки НП общие для всех изученных групп АР и специфические 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). Составлен клиническо-этологический перечень (шкала) дифференциально-диагностических значимых признаков НП у детей с АР.

Клинико-психопатологическое исследование и изучение особенностей НП проведено у 215 детей в возрасте от 2 до 7 лет, в клинической картине заболевания которых наблюдались АР в рамках детского аутизма, атипичного аутизма, синдрома Аспергера, детского типа шизофрении по МКБ-10.

Исследования проводились на базе детского отделения ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница» и СПбГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина».

Сформировано пять клинико-нозологических групп пациентов: 1) с синдромом Аспергера (СА); 2) с синдромом Каннера (СК); 3) с умственной отсталостью с аутистическим поведением (УО); 4) с АР при резидуально-органических поражениях головного мозга (РО); 5) с АР при ранней детской шизофрении (ДШ).

Подобное подразделение на группы было связано с наибольшей представленностью детей с данными расстройствами среди контингента обследованных больных. 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.

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, жестыкуляции, позы и проксемических характеристик, моторики (в том числе моторных стереотипий), походки, особенностей игры, невербальных характеристик речи, ритуальных действий.

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 ОР (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.

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 глазного 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 ОР (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 ОР (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 ОР (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:

- отсутствие 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 отличалась:

- отсутствием коммуникативных и ролевых игр (76,7%);
- слабым пониманием простых социальных ситуаций (83,7%), в меньшей степени в группе СА (51,6%);
- невозможности 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.

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 малоинформационных 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 глазной 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 глазного 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%).

В анамнезе у многих пациентов с ранней детской шизофренией отмечался регресс речи, игровой деятельности, навыков самообслуживания (в том числе, навыков опрятности) после периода нормального или ускоренного развития детей в первые 1,5-2 года жизни. Среди особенностей речевых расстройств только при этой форме отмечались разорванность речи, речевое возбуждение, неологизмы, вторичные непосредственные эхололии.

У 83 % исследованных больных ранней детской шизофренией манифестация симптомов пришлась на возраст после четырех лет (средний возраст 4,4 года), что также предполагает диагностику «атипичного аутизма» (F84.1), но подтипа «атипичность по возрасту начала» (F84.10), согласно «Исследовательским диагностическим критериям классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10».

Таким образом, учитывая, что основными симптомами разных клинических вариантов аутистических расстройств у детей являются поведенческие нарушения, клинико-этологический метод является существенным дополнением к клинико-психопатологическому методу и позволяет выявлять и структурировать ряд дополнительных признаков невербального поведения в клинической картине детского аутизма.

Выявлены типологические особенности невербального поведения, относительно специфические для различных клинических вариантов аутистических расстройств. Установленные различия могут служить основой для разработки дифференциально-диагностических критериев разграничения данных клинических вариантов аутистических расстройств, объединенных одной диагностической категорией в МКБ-10, но имеющих существенную специфику в лечебно-коррекционной тактике и различный прогноз. Следует отметить, что большая «смешанная» группа пациентов, имеющих отдельные симптомы детского аутизма и психического недоразвития и неоднозначно оцениваемая разными специалистами (атипичный аутизм, умственная отсталость с коммуникативными нарушениями, аутистическое поведение и пр.), требует дополнительного многостороннего исследования.

ВЫВОДЫ

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

2. Аутистические расстройства 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» глазного контакта; гипомимия; жесты отстранения; дефицит указательных и коммуникативных жестов; угловатая, неловкая жестикуляция;

2.2. Из *сложных форм поведения*: гиперактивность; механистичные общая моторика и походка; недостаток учета интересов другого; отсутствие концентрации внимания на общих объектах, 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 эхоталии.

3. Выделены специфические признаки НП, позволяющие дифференцировать различные клинико-нозологические варианты аутистических расстройств 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 инструмент; 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 *аутистических расстройств в рамках резидуально-органического поражения головного мозга* свойственны признаки атипичности в виде относительно сохранного глазного контакта; в трети случаев – стремление к телесным контактам, объятиям и неразборчивость контактов; мимика смущения; у четверти пациентов – компенсация дефицита речи мимикой и жестами.

3.5. Для детей с *аутистическими расстройствами при детской шизофрении* характерны активное отвержение глазного 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 органическим аутизмом.

Практические рекомендации

1. Рекомендовано использование клинико-этологического перечня (клинической шкалы), в котором выделены специфические признаки невербального поведения детей с АР в рамках синдромов Каннера, Аспергера, умственной отсталости с аутистическим поведением, резидуально-органического поражения головного мозга и ранней детской шизофрении.
2. Использование клинико-этологического перечня способствует стандартизации диагностики и дифференциальной диагностики АР в детском возрасте.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Автенюк А. С. Синдром психической атонии — клиническая реальность детской психопатологии? / А. С. Автенюк, И. В. Макаров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 1. – С. 60–63.
2. Акишина А. А. Жесты и мимика в русской речи / А. А. Акишина. – М.: Русский язык, 1991. – 144 с.
3. Андреева О.О. Исходы инвалидизирующих форм детской шизофрении / О.О. Андреева // 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.63.
4. Ануфриев А.К. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний / А. К. Ануфриев, Ю. И. Либерман, В. Г. Остроглазов. – М., 1990. – 112 с.
5. Аппе Ф. Ведение в психологическую теорию аутизма / Ф. Аппе : Пер с англ. – М.: Теревинф, 2006. – 216 с.
6. Атипичный аутизм (аутистическая регрессия с эпилептиформной ЭЭГ) – вопросы диагностики и лечения / И. Н. Вакула, В. Д.

- Калиниченко, Л. В. Царегородцева и др. // 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. 21-23.
7. Барабанщиков В. А. Исследование восприятия эмоционального состояния человека по выражению лица / В. А. Барабанщиков, Т. Н. Малкова // Проблема общения в психологии / Отв. ред. Б. Ф. Ломов. – М.: Наука, 1981. – С. 121-132.
 8. Бардышевская М. К. Диагностика эмоциональных нарушений у детей: учеб. пособие / М. К. Бардышевская, В. В. Лебединский. – М.: УМК «Психология», 2003. – 320 с.
 9. Бауэр Т. Психическое развитие младенца / Т. Бауэр: Пер. с англ. – М.: Прогресс, 1985. – 320 с.
 10. Башина В. М., Синдром аутизма у детей / В. М. Башина, Г. Н. Пивоварова // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1970. — Т. 70, вып. 6. — С. 941-943.
 11. Башина В. М. О синдроме раннего детского аутизма Каннера / В. М. Башина // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1974. – Т.74. – № 10. – С. 1538-1542.
 12. Башина В. М. К особенностям некоторых форм аномального поведения у детей в круге шизофренических дизонтогений / В. М. Башина, Н. В. Симашкова // Нарушения поведения у детей и подростков: Тр. Московского НИИ психиатрии и Ленинградского НИ неврологического ин-та им. Бехтерева. — М.: 1981. — С. 89-93.
 13. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) / В. М. Башина. – М.: Медицина, 1989. – 256 с.

14. Башина В. М. Особенности ранней детской шизофрении, протекающей с астенодинамическими, динамическими и аффективно-кататоническими приступами (клинико-катамнестическое исследование) / В. М. Башина, Н. В. Симашкова // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1989. — Т. 89, вып. 1. — С. 73-79.
15. Башина В. М. Систематика форм течения детской шизофрении в свете отдаленного катамнеза / В. М. Башина, Н. В. Симашкова // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1989. — Т. 89, вып. 8. — С. 69-75.
16. Башина В. М. Особенности речевых расстройств у больных с ранним детским аутизмом эндогенного генеза / В. М. Башина, Н. В. Симашкова // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1990. — Т. 90, вып. 8. — С. 60-65.
17. Башина В. М. Лечение атипичного аутизма при синдроме Мартина-Белл / В. М. Башина, И. А. Скворцов, И. В. Нефедова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1998. — N 10. — С. 17-21.
18. Башина В. М. Аутизм в детстве / В. М. Башина. — М.: Медицина, 1999. — 240 с.
19. Башина В. М. Современные подходы к проблеме аутизма в детстве / В. М. Башина // Вестник Российской Академии медицинских наук. — 2001. — N 7. — С. 7-13.
20. Башина В. М. Современное состояние проблемы аутизма в детском возрасте / В. М. Башина // Психиатрия. — 2003. — № 3. — С. 7-11.
21. Башина В. М. Детский аутизм процессуального генеза: вопросы патогенеза, клиника и дифференциальная диагностика / В. М. Башина, М. Г. Красноперова // Психиатрия и

- психофармакотерапия. – 2004. – N 1. – С. 35-38.
22. Башина В. М. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве / В. М. Башина, А. С. Тиганов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2005. – N 8. – С. 4-13.
23. Башина В. М. Подходы к систематике детского аутизма (1943-2007) / В. М. Башина // Психиатрия. – 2007. – N 5. – С. 7-13.
24. Башина В. М. Диагностика детского аутизма в хронобиологическом аспекте / В. М. Башина // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 2010. – N 4. – С. 16-24.
25. Бенилова С.Ю. Дифференциальная диагностика детского аутизма и сенсомоторной алалии / С.Ю. Бенилова // 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. 67.
26. Бехтерев В. М. Объективная психология / В. М. Бехтерев. – М.: Наука, 1991. – 480 с.
27. Бехтерев В. М. Будущее психиатрии: Введение в патологическую рефлексологию / В. М. Бехтерев. – СПб: Наука, 1997. – 330 с.
28. Бине А. Измерение умственных способностей / А. Бине: Пер. с франц. – СПб: Союз, 1998. – 432 с.
29. Боулби Дж. Привязанность / Дж. Боулби: Пер. с англ. – М.:

- Гардарики, 2003. – 477 с.
30. Букановская Т. И. Психопатологическая пропедевтика / Т. И. Букановская. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. – 96 с.
 31. Бутовская М. Л. Язык тела: природа и культура (эволюционные и кросс-культуральные основы невербальной коммуникации человека) / М. Л. Бутовская. – М.: Научный мир, 2004. – 440 с.
 32. Валлон А. Психическое развитие ребенка / А. Валлон: Пер. с франц. – СПб: Питер, 2001. – 208 с.
 33. Ван Кревелен Д. К проблеме аутизма / Д. ван Кревелен // Детский аутизм. Хрестоматия / Сост. Л.М. Шипицина. – СПб: ИСПиП, 1997. – С. 17-23.
 34. Венар Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Ч. Венар, П. Кериг: Пер. с англ. – СПб: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 384 с.
 35. Вербенко Н. В. Вербально-невербальные трансляции психопатологических переживаний при шизофрении: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Вербенко Николай Викторович. – Харьков, 1995. – 18 с.
 36. Воронков Б. В. Актуальные вопросы дифференциальной диагностики аутизма / Б. В. Воронков, Л. П. Рубина. – СПб, 2014. – 66 с.
 37. Вроно М. Ш. Синдром Каннера и детская шизофрения / М. Ш. Вроно, В. М. Башина // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1975. – Т.75, вып.9. – С. 1379-1383.
 38. Гилберг К. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты / К. Гилберг, Т. Питерс: Пер. с англ. – СПб: ИСПиП, 1998. – 124 с.
 39. Гольдфарб О.С. Невербальное общение и внушаемость детей с нарушениями интеллекта / О. С. Гольдфарб. – М.: АПКиПРО, 2004. – 136 с.

40. Горелов И.Н. Невербальные компоненты коммуникации / И. Н. Горелов. – М.: Наука, 1980. – 104 с.
41. Горюнова А. В., Спорные вопросы в проблеме аутизма у детей / А. В. Горюнова, Ю. С. Шевченко // XII Мнухинские чтения. «Аутизм: медико-психолого-педагогическая, социально-экономическая и правовая проблема». Сборник статей. Под общ. ред. Ю. А. Фесенко, Д. Ю. Шигашова. – СПб: Виктория Плюс, 2014. – с. 32-33.
42. Григорьева С.А. Словарь языка русских жестов / С. А. Григорьева, Н. В. Григорьев, Г. Е. Крейдлин. – М.-Вена: Языки русской культуры; Венский славистический альманах, 2001. – 256 с.
43. Гурьева В. А. Раннее распознавание шизофрении /В. А. Гурьева, В. Я. Гиндикин. – М.: Высшая школа психологии, 2002. – 304 с.
44. Дарвин Ч. Выражение эмоций у человека и животных / Ч. Дарвин // Собрание сочинений. – М.: АН СССР, 1953. Т. 5. С. 659-920.
45. Денисова Л. В. Умственная отсталость с ломкой X-хромосомой: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Денисова Л.В.. – М.: 1986. – 24 с.
46. Дерягина М. А. Об этологическом подходе в изучении агрессивного поведения обезьян / М. А. Дерягина, М. Л. Бутовская // Биол. науки. — 1983 .— № 7. — с. 54-57.
47. Дерягина М. А. Этологический анализ поведения обезьян в медико-биологических исследованиях / М. А. Дерягина // Биол. науки. – 1984. – № 7. – С. 57-61.
48. Дети и подростки с аутизмом. Психологическое сопровождение / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг и др. – М.: Теревинф, 2005. – 224 с.

49. Дети с синдромом Ретта / Под ред. М. С. Дименштейн: Пер. с франц. – М.: Теревинф, 2009. – 264 с.
50. Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю. С. Шевченко – М.: МИА, 2011. – 928 с.
51. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет / Е. О. Смирнова, Л. Н. Галигузова, Т. В. Ермолова, С. Ю. Мещерякова. – СПб: Детство-Пресс, 2005. – 144 с.
52. Дробинская А. О. Агрессивное поведение у детей с расстройствами аутистического спектра: дифференцированный подход с позиций психосоциальной реабилитации / А. О. Дробинская // 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.42.
53. Ермолаева Е. А. Психосемиотический анализ жестикуляции как знакового средства общения (в соотношении с языком): автореф. дис. ... канд. психол. Наук / Ермолаева Елена Александровна. – М., 1984. – 22 с.
54. Жинкин Н. И. Мимика больного человека / Н. И. Жинкин // Вопросы психологии. – 1968. – №3. – С. 177-180.
55. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей / С. Д. Забрамная. – М.: Просвещение: Владос, 1995. – 112 с.
56. Завитаев П. Ю. Клиническая семантика аутизма: автореф. ... дис. канд. мед. наук / Завитаев Петр Юрьевич. – СПб: 2008. – 24 с.
57. Залевский Г. В. Эволюционно-биологический аспект

- фиксированных форм поведения / Г. В. Залевский // Генетические и эволюционные проблемы психиатрии. – Новосибирск: 1985. – С. 96-111.
58. Замский Х. С. Умственно отсталые дети: История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века / Х. С. Замский. – М.: НПО Образование, 1995. – 400 с.
59. Зиглер Е. Понимание умственной отсталости / Е. Зиглер: Пер. с англ. – Киев: Сфера, 2001. – 360 с.
60. Иванов Е. С. Спорные вопросы диагностики раннего детского аутизма / Е. С. Иванов // Детский аутизм. Хрестоматия / Составитель Л. М. Шипицина. – СПб: Дидактика Плюс, 2001. – С. 51-59.
61. Иванов Е. С. Аутизм или расстройства аутистического спектра? / Е. С. Иванов // Актуальные вопросы детской социальной и клинической психиатрии, психологии и психопрофилактики: Материалы научно-практической конференции / Под ред. Л. П. Рубиной, И. В. Макарова. – СПб, 2002. – С. 34-35.
62. Изард К. Эмоции человека / К. Изард: Пер. с англ. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980. – 440 с.
63. Исаев Д. Н. Психическое недоразвитие у детей / Д. Н. Исаев. – Л.: Медицина, 1982. – 224 с.
64. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста/ Д. Н. Исаев. – СПб: СпецЛит, 2001. – 463 с.
65. Исаев Д. Н. Умственная отсталость у детей и подростков / Д. Н. Исаев. – СПб: Речь, 2003. – 391 с.
66. Каган В. Е. Синдром аутизма у детей: автореф. дис... канд. мед. наук / Каган Виктор Ефимович. – Л.: 1976. – 24 с.
67. Каган В. Е. Аутизм у детей / В. Е. Каган. – Л.: Медицина, 1981. – 208 с.

68. Каган В. Е. Детский аутизм: медицинский и немедицинский подходы / В. Е. Каган // Материалы конгресса по детской психиатрии. Москва, 25-28 сентября 2001 г. – М.: РОСИНЭКС, 2001. – С.34-35.
69. Кемпиньский А. Познание больного / А. Кемпиньский: Пер. с польск. – Мн.: Выш. шк., 1998. – 207 с.
70. Кириченко Е. И. Варианты двигательных расстройств в психопатологической структуре пограничных нервно-психических заболеваний у детей раннего возраста / Е. И. Кириченко, Г. И. Бобылева, Ю. С. Шевченко // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1984. — № 10. — С. 1510-1514.
71. Клиническая психиатрия. Детский возраст: учебное пособие / Под. ред. Е. И. Скугаревской. – Минск: Выш.шк, 2006. – 463 с.
72. Клинков В. Н. Особенности невербального поведения в клинике ранней детской шизофрении: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Клинков Валерий Николаевич. – Харьков: 1992. – 22 с.
73. Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковалев. – М.: Медицина, 1985. – 288 с.
74. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
75. Козлова И. А. Классификация детской шизофрении и первазивных расстройств / И. А. Козлова, В. М. Башина // Психиатрия. – 2005. – N 6. – С. 7-17.
76. Козловская Г. В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология и вопросы абилитации): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Козловская Галина Вячеславовна. – М., 1995. – 48 с.

77. Колшанский Г. В. Паралингвистика / Г. В. Колшанский. – М.: Наука, 1974. – 80 с.
78. Корень Е. В. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 / Е. В. Корень, Т. А. Куприянова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т.2. – №2. – С. 56-59.
79. Корнетов Н. А. Клиническая антропология: от дифференциации к интерпретации медицины / Н. А. Корнетов // Сибирский медицинский журнал. – 1997. – № 3-4. – С. 5-13.
80. Коробов А. А. Клинико-этологический метод диагностики психических заболеваний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Коробов Александр Александрович. – М., 1991 – 47 с.
81. Коццолино М. Невербальная коммуникация. Теории, функции, язык и знак / М. Коццолино: Пер. с итал. – Харьков: Гуманитарный центр, 2009. – 248 с.
82. Коцюбинский А. П. Использование этологических принципов в психиатрии, психофармакологии и психотерапии / А. П. Коцюбинский, Б. Г. Бутома, Н. С. Шейнина // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. Бехтерева. – 1995. – № 3-4. – С. 263-271.
83. Коцюбинский А. П. Оценка динамики психического состояния / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2006. – Т. 3. – № 2. – С. 4-7.
84. Красильников Г. Т. Феноменология, клиническая типология и прогностическая оценка аутизма при шизофрении: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Красильников Геннадий Тимофеевич. — Томск, 1995. — 34 с.
85. Красильников Г. Т. Аутизм и аутистический синдром / Г. Т. Красильников // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С.

- Корсакова. – 1996. – Т. 96, вып. 2. – С. 105-110.
86. Красноперова М. Г. Клиника и психопатология процессуального детского аутизма, протекающего с манифестными психозами и задержкой психического развития: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Красноперова Мария Гарриевна. – М., 2003. – 24 с.
87. Крейдлин Г. Е. Невербальная семиотика: Язык тела и естественный язык / Г. Е. Крейдлин. – М.: Новое литературное обозрение, 2002. – 592 с.
88. Кречмер Э. Строение тела и характер / Э. Кречмер. – М.: Педагогика-Пресс, 1995. – 608 с.
89. Кривченко Т. А. Психологические особенности использования индивидуального тезауруса внешности: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Кривченко Тамара Анисимовна. – М.: 1992. – 25 с.
90. Крылов В. И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза) / В. И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2011. – № 4. – С. 9–13.
91. Кузнецова В. А. Кинофизиогномика: типажно-пластический образ актера на экране / В. А. Кузнецова. – Л.: Искусство, 1978. – 175 с.
92. Куприянов В. В. Лицо человека: анатомия, мимика / В. В. Куприянов, Г. В. Стовичек. – М.: Медицина, 1988. – 272 с.
93. Лабунская В. А. К проблеме опознания мимических выражений / В. А. Лабунская // Вестник Ленингр. ун-та. – 1976. – № 11. – С. 133—136.
94. Лабунская В. А. Невербальное поведение / В. А. Лабунская. – Ростов-на-Дону: РГУ, 1986. – 136 с.
95. Лабунская В. А. Психология экспрессивного поведения / В. А. Лабунская. – М.: Знание, 1989. – 64 с.
96. Лабунская В. А. Интерпретация невербального поведения в

- межличностном общении: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Лабунская Вера Александровна. – М., 1990. – 43 с.
97. Лебединская К. С. Диагностика раннего детского аутизма / О. С. Никольская. – М.: Просвещение, 1991. – 96 с.
98. Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В. В. Лебединский. – М.: Академия, 2003. – 144 с.
99. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
100. Лоренц К. Агрессия (так называемое зло) / К. Лоренц: Пер. с нем. – М.: Прогресс, Универс, 1994. – 272 с.
101. Макаров И. В. Детский тип шизофрении: клинико-психопатологический анализ пациентов стационара / И. В. Макаров // Актуальные вопросы детской социальной и клинической психиатрии, психологии и психопрофилактики: Материалы научно-практической конференции / Под ред. Л. П. Рубиной, И. В. Макарова. – СПб: 2002. – с.31-34.
102. Макаров И. В. Психозы у детей / И. В. Макаров. – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2004. – 152 с.
103. Макаров И. В. Лекции по детской психиатрии / И. В. Макаров. – СПб: Речь, 2007. – 293 с.
104. Макаров И. В. Психическая атония у детей и подростков / И. В. Макаров, А. С. Автенюк // 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. 69.
105. Макаров И. В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста / И. В. Макаров. – СПб: Наука и Техника, 2013. – 416 с.

106. Мак-Фарленд Д. Поведение животных: Психобиология, этология и эволюция / Д. Мак-Фарленд: Пер. с англ. – М.: Мир, 1988. – 520 с.
107. Малинина Е.В. Видео-ЭЭГ мониторинг как современный метод диагностики в детской психиатрии / Е. В. Малинина, С. А. Супрун // 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.75.
108. Манелис Н. Г. Ранний детский аутизм: психологические и нейропсихологические механизмы / Н. Г. Манелис // Школа здоровья. – 1999. - №2. – С.6-22
109. Мариничева Г. С. Умственная отсталость при наследственных заболеваниях / Г. С. Мариничева, В. И. Гаврилов. – М.: Медицина, 1988. – 256 с.
110. Меграбян А. Психодиагностика невербального поведения / А. Меграбян: Пер. с англ. – СПб: Речь, 2001. – 256 с.
111. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. – СПб: АДИС, 1994. – 208 с.
112. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические отнесения и указания по диагностике. – СПб: АДИС, 1994. – 272 с.
113. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика/ В. Д. Менделевич. – М.: ТОО Техлит; Медицина, 1997. – 496 с.
114. Мид М. Культура и мир детства / М. Мид. – М.: Наука, 1988. –

429 с.

115. Микиртумов Б. Е. Ранний детский аутизм: семантика речевых актов / Б. Е. Микиртумов // Актуальные вопросы детской социальной и клинической психиатрии, психологии и психопрофилактики: Материалы научно-практической конференции / Под ред. Л. П. Рубиной, И. В. Макарова. – СПб: 2002. – С.35-36.
116. Микиртумов Б. Е., Кощавцев А. Г., Гречаный С. В. Клиническая психиатрия раннего детского возраста / Б. Е. Микиртумов, А. Г. Кощавцев, С. В. Гречаный. – СПб: Питер, 2001. – 256 с.
117. Миккин Х. Невербальные коммуникации в диадах по материалам экспериментальных исследований за рубежом / Х. Миккин. — Труды по психологии. – 1974, вып. 335. – № 3. – С. 110—127.
118. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.; СПб: Смысл, Речь, 2003. – 408 с.
119. Мнухин С. С. О синдроме «раннего детского аутизма» или синдроме Каннера у детей / С. С. Мнухин, А. Е. Зеленецкая, Д. Н. Исаев // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1967. – № 10. – С. 1501-1506.
120. Мнухин С. С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей / С. С. Мнухин // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. – Л., 1968. – Т.51. – С. 5-22.
121. Мнухин С.С. Об органической основе некоторых форм шизоидных или аутистических психопатий / С. С. Мнухин, Д. Н. Исаев // Актуальные вопросы клинической психопатологии и лечения душевных заболеваний / Тр. Ленинградского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – Л.: 1969. – С.112-121.

122. Морозова С. С. Аутизм: коррекционная работа при тяжелых и осложненных формах / С. С. Морозова. – М.: Владос, 2007. – 176 с.
123. Морфофункциональные константы детского организма / В.А. Доскин, Х. Келлер, Н.М. Мураенко, Р.В. Тонкова-Ямпольская. – М.: Медицина, 1997. – 288 с.
124. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. С. Мосолов. – М.: 2001. – 239 с.
125. Николаева Т. М. Жест и мимика у лектора / Т. М. Николаева. – М.: Знание, 1972. – 30 с.
126. Никольская О. С. Аутичный ребенок: Пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлииг. – М.: Теревинф, 1997. – 342 с.
127. Никольская О. С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма / О. С. Никольская. – М.: Центр лечебной педагогики, 2000. – 364 с.
128. Носачев Г. Н. Клиника интеллектуальной недостаточности / Г. Н. Носачев, И. Г. Носачев. – Самара: СамГМУ, 2008. – 340 с.
129. Носачев И. Г. Клинико-этологическая дифференциация эндогенных и психогенных депрессий в процессе терапии: автореф. ... дис. канд. мед. наук / Носачев Игорь Геннадьевич. – Оренбург, 2004. – 22 с.
130. Ньюкиктъен Ч. Детская поведенческая неврология / Ч. Ньюкиктъен: Пер с англ. В 2 томах. Т.2. – М.: Теревинф, 2010. – 336 с.
131. Нэпп М. Невербальное общение / М. Нэпп, Д. Холл. – СПб: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 256 с.
132. Оценка физического и нервно-психического развития детей

- раннего и дошкольного возраста / Сост. Н.А. Ноткина, Л.И. Казьмина, Н.Н. Бойнович. – СПб: Детство-Пресс, 2003. – 32 с.
133. Павличенко А. В. Настоящее и будущее диагноза в психиатрической практике (по материалам XXII Конгресса Европейской психиатрической ассоциации) / А. В. Павличенко // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2014. – № 6. – С.11-18.
134. Панов Е. Н. Этология, ее истоки, становление и место в исследовании поведения / Е. Н. Панов. — М.: Знание, 1975. – 125 с.
135. Панов Е. Н. Механизмы коммуникации у птиц / Е. Н. Панов. – М.: Наука, 1978. – 239 с.
136. Пантелеева Г. П. Методы стандартизации диагноза и количественной оценки состояния психически больных / Г. П. Пантелеева, С. И. Гаврилова // Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т. 1 / Под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – С. 234-249.
137. Пашковский В. Э., Первазивные расстройства развития / В. Э. Пашковский, И. В. Макаров, А. Г. Софронов. – СПб: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – 36 с.
138. Питерс Т. Аутизм: от теоретического понимания к педагогическому воздействию / Т. Питерс. – СПб: ИСПиП, 1999. – 192 с.
139. Попов Ю. В. Современная клиническая психиатрия / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. – М.: Экспертное бюро, 1997. – 496 с.
140. Пошивилов В. П. Фармакоэтология / В. П. Пошивилов // Успехи современной биологии. – 1995.- Т. 99. – № 3. – С. 463-475.
141. Проселкова М.О. Особенности психического здоровья детей-сирот (возрастной и динамический аспекты): автореф. ... дис.

- канд. мед. наук / Проселкова Марина Овсеевна. – М., 1996. – 24 с.
142. Прусаков В. Ф. Диагностика и коррекция развития ребенка первых лет жизни / В. Ф. Прусаков, М. А. Уткузова, М. В. Белоусова. – СПб-Казань. – 94 с.
143. Расстройства аутистического спектра у детей. Под редакцией Н.В. Симашковой. – М.: Авторская Академия, 2013. – 264 с.
144. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М.: МедиаСфера, 2006. – 312 с.
145. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение / Х. Ремшмидт: Пер. с нем. – М.: Медицина, 2003. – 120 с.
146. Речевые и моторные расстройства при синдроме Ретта / В. М. Башина, Н. В. Симашкова, В. В. Грачев, Н. А. Горбачевская // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – N 7. – С. 20-24.
147. Роговин М. С. Сравнительная этология – психология – психиатрия (сообщение 1) / М. С. Роговин // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1965. – Том 65. – № 5. – с.775-784.
148. Роговин М.С. Сравнительная этология – психология – психиатрия (сообщение 2) / М.С. Роговин // Журн. невропатол. и психиат. им. С.С. Корсакова. – 1965. – Том 65. – № 6. – с.936.
149. Роговин М.С. Проблема экспрессии и ее место в психопатологии (по материалам зарубежных исследований) / М. С. Роговин // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1970. – Т. 7, вып. 1. – С. 136—143; вып. 2. – С. 280—289.
150. Россолимо Г. И. План исследования детской души / Г. И. Россолимо. – М.: Типо-литограф. Т-ва И. Н. Кушнерев и Ко, 1906. –

90 с.

151. Салмина А. Б. Подходы к объективизации диагностики заболеваний аутистического спектра / А. Б. Салмина, Ю. А. Пичугина, А. А. Сумароков // Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – № 3. – Т.57. – С. 80-85.
152. Самохвалов В. П. Этологический метод и психиатрия (обзор) / В. П. Самохвалов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1984. – № 8. – С. 288-293.
153. Самохвалов В. П. Типология невербального поведения больных шизофренией / В. П. Самохвалов // Генетические и эволюционные проблемы психиатрии. – Новосибирск: Наука, 1985. — С. 180-197.
154. Самохвалов В. П. Синдром неophobia как признак гиперчувствительности к стрессу при шизофрении / В. П. Самохвалов, А. А. Коробов // Неврология и психиатрия. — Киев: Здоровья, 1986. — Вып. 15. — С. 56—60.
155. Самохвалов В.П. Клинико-эволюционный анализ манифестных форм шизофрении: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Самохвалов Виктор Павлович. – М., 1989. – 40 с.
156. Самохвалов В. П. История души и эволюция помешательства (начала эволюционнного психоанализа) / В. П. Самохвалов. – Сургут: АИИК «Северный дом», Северно-сибирское книжное издательство, 1994. – 286 с.
157. Самохвалов В. П. Этология человека: некоторые последствия объективных исследований поведения для медицины и антропологии / В. П. Самохвалов // Таврический журнал психиатрии. – 1997. – Т.1. – № 2. – С. 50-80.
158. Самохвалов В. П. Психиатрия: учебное пособие для студентов медицинских вузов / В. П. Самохвалов. – Ростов-на-Дону:

- Феникс, 2002. – 576 с.
159. Самохвалов В. П. Социобиология в психиатрии / В. П. Самохвалов, О. А. Гильбурд, В. И. Егоров. – М.: Видар, 2011. – 336 с.
160. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме / Г. Селье. —М.: Наука, 1980. — 254с.
161. Сикорский И. А. Всеобщая психология с физиогномикой в иллюстрированном изложении / И. А. Сикорский. – Киев: Типография С.В. Кульженко, 1912. – 770 с.
162. Симашкова Н. В. Атипичный аутизм в детском возрасте: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Симашкова Наталья Валентиновна. – М., 2006. – 44 с.
163. Симашкова Н. В. Мультидисциплинарные подходы к диагностике и терапии детского аутизма, протекающего с гиперкинетическими расстройствами / Н. В. Симашкова // 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. 104.
164. Симсон Т. П. Невропатии, психопатии и реактивные состояния младенческого возраста / Т. П. Симсон. – М-Л: Гос. Мед. изд-во, 1929. – 256 с.
165. Смирнова Н. И. Сопоставительное описание элементов русской и английской кинесической коммуникации / Н. И. Смирнова // Национально-культурная специфика речевого поведения. – М.: 1977. – С. 219-246.
166. Сомова В. М. Ранние исходы синдрома Аспергера / В. М. Сомова, А. Е. Бобров // 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.111.
167. Сухаревский Л. М. Клиника мимических расстройств: избранные картины в клинике психических заболеваний / Л. М. Сухаревский. – М.: Медицина, 1966. – 336 с.
168. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.1 / Г. Е. Сухарева. – М.: Медгиз, 1955. – 460 с.
169. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы / Г. Е. Сухарева. – М.: Медицина, 1974. – 320 с.
170. Таннус А. Особенности диагностики шизофрении с учетом типологии мимики: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Таннус Адиб. – М.: 1986. – 24 с.
171. Тарасов К. Е. Логика и семиотика диагноза (методологические проблемы) / К. Е. Тарасов, В. К. Великов, А. И. Фролова. – М.: Медицина, 1989. – 272 с.
172. Трусов В. П. Выражение эмоций на лице (по материалам работ П. Экмана) / В. П. Трусов // Вопросы психологии. – 1982. – № 5. – С. 144-147.
173. Уткузова М.А. Диагностика психомоторного развития детей первых лет жизни / М. А. Уткузова, Ф. Л. Ратнер. – Казань: 2004. – 32 с.
174. Феррари П. Детский аутизм / П. Феррари: Пер. с франц. – М.:

- РОО «Образование и здоровье», 2006. – 127 с.
175. Фролов Б. С. Основные психопатологические синдромы / Б. С. Фролов, В. Э. Пашковский. – СПб: СПбМАПО, 2004. – 240 с.
176. Хайнд Р. Поведение животных. Синтез этологии и сравнительной психологии / Р. Хайнд: Пер. с англ. — М.: Мир, 1975. — 855 с.
177. Циркин С. Ю. Аналитическая психопатология / С. Ю. Циркин. – М.: БИНОМ, 2009. – 216 с.
178. Чуркин А. А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. – М.: Триада-Х, 1999. – 232 с.
179. Шайдукова Л. К. Особенности коммуникативной сферы у пациентов с детским аутизмом / Л. К. Шайдукова, Р. Г. Гроховская // 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.117.
180. Шапошникова А. Ф. Скрининговые методики диагностики и динамического контроля в структуре медико-психологической реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра / А. Ф. Шапошникова // 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. 134.

181. Шапошникова А. Ф. Скрининговая диагностика и динамический контроль детей с заболеваниями аутистического спектра с использованием рейтинговой шкалы для оценки детского аутизма / А. Ф. Шапошникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т.22. – №2. – С.63-68.
182. Шапошникова А.Ф. Структурно-динамические особенности высокофункциональных аутистических расстройств у детей младшего школьного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Шапошникова Антонина Феликсовна. – М., 2014. – 24 с.
183. Шац И. К. Психозы у детей: психология и психопатология / И. К. Шац. – М.: Советский спорт, 2002. – 216 с.
184. Шевченко Ю. С. Патологически привычные действия у детей и подростков / Ю. С. Шевченко // Психосоматические расстройства и патологически привычные действия у детей и подростков. – М., Изд-во Института Психотерапии, 1999. – С. 113-297.
185. Шевченко Ю. С. Этологический подход в понимании и лечении агрессии / Ю. С. Шевченко, Н. С. Валентович // Рос. психиатр. журн. – №3. – 1999. – С. 50-56.
186. Шевченко Ю. С. Клиника, динамика и терапия патологически привычных действий у детей и подростков / Ю. С. Шевченко // Мамцева В.Н. Детская и подростковая психиатрия. – М.: Медицина, 2003. – С. 377-386.
187. Шевченко Ю. С. Клинико-этологические взгляды на механизмы функционального энкопреза и его психотерапию / Ю. С. Шевченко, М. А. Дерягина, О. А. Астахова // Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. – Вып.2. – М.: 2004. – С. 39-47.

188. Шевченко Ю. С. Психомоторные нарушения / Ю. С. Шевченко, Е. И. Баздырев // Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология / Под общей ред. проф. Ю.С. Шевченко, проф. А.Л. Венгера. – М.: Медпрактика, 2006. – 548 с.
189. Шевченко Ю. С. К вопросу об органическом аутизме у детей / Ю. С. Шевченко, В. В. Каримов // 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.120.
190. Шевченко Ю. С. Этологические механизмы психопатологических расстройств / Ю. С. Шевченко // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. – М.: МИА, 2011. – С. 579-623.
191. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Руководство для врачей и научных работников / Под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. – М.: Антидор, 2002. – 448 с.
192. Шпек О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание / О. Шпек: Пер. с нем. – М.: Академия, 2003. – 432 с.
193. Экман П. Психология лжи / П. Экман: Пер. с англ. – СПб: Питер, 2000. – 272 с.
194. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В. В. Лебединский, О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – М.: Изд-во МГУ, 1990. – 197 с.

195. Этология в психиатрии / А. Н. Корнетов, В. П. Самохвалов, А. А. Коробов, Н. А. Корнетов. – Киев: Здоровья, 1990. – 216 с.
196. Якупова Л. П. Клинические и нейрофизиологические аспекты тяжелых форм аутизма у детей / Л. П. Якупова, В. М. Башина, Н. В. Симашкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. – N 7. – С. 12-19.
197. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс: Пер. с нем. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
198. A replication of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) revised algorithms / К. Gotham, S. Risi, G. Dawson et al. // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2008. – 47 (6). – P. 642-651.
199. Ainsworth M. An ethological approach to personality development / M. Ainsworth, J. Bowlby // American Psychologist. - 1991. - 46 (4). - P. 333-341.
200. Application of DSM-V Criteria for Autism Spectrum Disorder to Three Samples of Children With DSM-IV Diagnoses of Pervasive Developmental Disorders / M. Huerta, S.L. Bishop, A. Duncan et al. // Am. J. Psychiatry. – 2012. – 169 (10). – P.1056-1064.
201. Asperger H. Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter / H. Asperger // Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. – 1944. – 117. – 76-136.
202. Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment / K. Dominick, N. Davis, J. Lainhart, H. Tager-Flusberg, S. Folstein // Res. Dev. Disabil. – 2007. – 28 (2). – P.145–162.
203. Autism Diagnostic Observation Schedule: a standardized observation of communicative and social behaviour / C. Lord, M. Rutter, S. Goode et al. // J. Autism and Develop. Dis. – 1989. – 19. – P.185–212.

204. Autism diagnostic interview: a standardized investigator-based interview / A. LeCouteur, M. Rutter, C. Lord et al. // *J. Child. Psychol. Psychiatry*. – 1989. – 37. – P.785–801.
205. Bailey A. Autism: towards an integration of clinical genetic, neuropsychological and neurobiological perspectives / A. Bailey, W. Phillips, M. Rutter // *J. Child. Psychol. Psychiatry*. – 1996. – 28. – P.369–392.
206. Baird G. A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study / G. Baird // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. – 2000. – Vol.39. – P.694-702.
207. Baron-Cohen S. Autism and symbolic play / S. Baron-Cohen // *The British Journal of Developmental Psychology*. 1987. – Vol. 5. – P. 139-148.
208. Baron-Cohen S. Mechanical, behavioral and intentional understanding of picture stories in autistic children / S. Baron-Cohen, A. Leslie, U. Frith // *The British Journal of Developmental Psychology*. – 1986. – Vol. 4. – P. 113-125.
209. Baron-Cohen S. Autism: the empathizing–systemizing (E-S) theory / S. Baron-Cohen // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2009. – 1156. – P. 68-80.
210. Bateson R. Perspectives in the ethology / R. Bateson, K. Klopfer. – N.Y.: Plenum Press, 1981. – P. 1-6.
211. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien / E. Bleuler. – Leipzig-Wien: 1911. – 420 S.
212. Bowlby J. Human personality in an ethological light / J. Bowlby // Serban G., Kling A. (Eds) *Animal models in human psychobiology*. – N.Y.: Plenum Press, 1976. – P. 5-74.
213. Bowlby J. Separation Anxiety / J. Bowlby // *International Journal of Psychoanalysis*. – 1960. – 41. – P. 89-113.

214. Brazelton T. B. *Infant and mother* / T. B. Brazelton. – N.Y.: Delacorte Press, 1969. – 296 p.
215. Brazelton T. B. *The early mother-infant interaction* / T. B. Brazelton, B. Koslovski, M. Main // *The effect of the infant on its caregivers* / M. Lewis, L. A. Rosenblum (Eds). - N.Y.: Wiley, 1974. - P. 49-76.
216. Brazelton T. B. *Joint regulation of neonate-parents behavior* / T. B. Brazelton // *Social interchange in infancy: Affect, cognition and communication* / E.F. Tronick (Ed.). – Baltimore: University Park Press, 1982. – P. 7-22.
217. Chess S. *Autism in children with congenital rubella* / S. Chess // *J. Autism Childhood Schizophr.* – 1971. – № 1. – P. 33–47.
218. *Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder.*
R. Eisenmajer et al. // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* – 1996. – 35 (11). – pp. 1523-1531.
219. Dawson G. *Arousal, Attention, and Socioemotional Impairments of Individual with Autism* / G. Dawson, A. Levy // *Autism: Nature, Diagnosis & Treatment* / G.Dawson (Ed.) – N.Y.-London: The Guilford press, 1989. – P. 49-74.
220. De Sanctis S. *Dementia praecocissima catatonica or Katatonie des frühen Kindesalters* / S. de Sanctis. – *Folia Neurobiologica.* – 1909. – № 2. – P.9–12.
221. Dixon A. K. *Ethological aspects of psychiatry* / A. K.Dixon // *Schweis. Arch. Neurol.* – 1986. – 157. – № 5. – P.151-165.
222. Duchan E. *Epidemiology of autism spectrum disorders* / E. Duchan, D. Patel // *Pediatr. Clin. North. Am.* – 2012. – 59 (1). – P.27-43.
223. Earl C. J. C. *The primitive catatonic psychosis of idiocy* / C. J. C. Earl // *Br. J. Med. Psychol.* – 1934. – № 14. – P.230-253.
224. Eibl-Eibesfeldt I. *Ethology, the Biology of Behavior* / I. Eibl-Eibesfeldt. - N.Y.: Holt, Reinhart and Winston, 1975. – 273 p.

225. Eibl-Eibesfeldt I. Human ethology / I. Eibl-Eibesfeldt. – N.Y., Plenum Press, 1985. – 875 p.
226. Ekman P. Non-verbal behavior and psychopathology / P. Ekman, W. Friesen // Friedman R., Dotz M. (Eds.) The psychology of depression.—Washington. —Winston & Sons, 1974.—P.203-232.
227. Ekman P. Facial Action Coding System / P. Ekman, W. Friesen // Palo-Alto: Consulting psychologists. – N.Y.: 1978. – p. 15-120.
228. Ekman P. Methods for measuring facial action / P. Ekman // Handbook behavior. – Cambridge, 1984. – P. 45-90.
229. Fantz R. Pattern vision in newborn infants / R. Fantz // The competent infant / L.J. Stone, H.T. Smith & L.B. Murphy (Eds.). - N.Y.: Basic Books, 1973.
230. Fogel A. Manual actions of nine - to fifteen-week old human infants during face-to-face. Interaction with their mothers / A. Fogel, T. E. Hannan // J. Child development. – 1985. – Vol. 56. – № 5. – P.1271-1279.
231. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders / E. Fombonne // *Pediatr. Res.* – 2009. – 65 (6). – P.591-598.
232. Frith U. Autism and Asperger Syndrome / U. Frith. – Cambridge: Cambridge University Press, 1991. – 247 p.
233. Gill M. Hardiness and social support as predictors of psychological discomfort in mothers of children with autism / M. Gill, S. Harris // *Journal of Autism and Developmental Disorders.* - 1988. - 21. - P. 407-416.
234. Grant E. C. An ethological description non-verbal behavior during interviews / E. C. Grant // *J. Med. Psychol.* - 1968. - 41. – P.177-183.
235. Handbook of autism and pervasive developmental disorders, Vol. 2: Assessment, interventions, and policy (3rd ed.) / Ed. F.R. Volkmar. – N.J.: John Wiley & Sons Inc., 2005. – 789 p.

236. Hall E. T. Handbook of proxemic research / E. T. Hall. – Washington, DC: Society for Anthropology of Visual Communication. – 1974.
237. Harris S. The Family and the Autistic Child: A Behavioral Perspective / S. Harris // Family Relations. - 1984. - 33. - pp. 127-134.
238. Harris S. Family assessment in autism / S. Harris // Diagnosis and assessment in autism / E. Schopler, G. Mesibov (Eds.) – N.Y.: Plenum. – 1988. – pp. 199-210.
239. Heller T. Über Dementia Infantilis / T. Heller // Zeitschrift für Kinderforschung. – 1930. – № 37. – P.661–667.
240. Hermelin B. Coding and the sense modalities / B. Hermelin // Early childhood autism / Wing L (Ed). - Oxford: Pergamon Press, 1976. - pp. 135-168.
241. Hermelin B. Logic-affective states and nonverbal language / B. Hermelin, N. O'Connor // Communication problems in autism / E. Schopler, G. Mesibov (Eds.). – N.Y.- L.: Plenum Press, 1985. – pp. 283-310.
242.
/ A. Heymer. – Berlin: Parey, 1977. – 237 p.
243. Hobson R. P. The autistic child's appraisal of expression of emotion study / R. P. Hobson // J. Of child psychology and psychiatry. – 1986. – Vol. 27. – P. 671-680.
244. Howlin P. Children with Autism and Asperger Syndrome: a Guide for Practitioners and Carers / P. Howlin. – Chichester: John Wiley & Song, 1998. – 332 p.
245. Kadesjö B. Brief report: autism and Asperger syndrome in seven-year-old children: a total population study / B. Kadesjö, C. Gillberg, B. Hagberg // J. Autism Dev. Disord. – 1999. – 29 (4). – pp. 327-331.
246. Kanner L. Autistic disturbance of affective contact / L. Kanner // Nervous Child. – 1943. – №2. – P.217-250.

247. Kanner L. Early infantile autism / L. Kanner // J. Pediat. –1944. – N 25. – P.211-217.
248. King J. A. Ethological psychology: An approach to motivation / J. A. King // Nebraska Sympton Motivation. – 1970. - Vol. 18.- P.1-33.
249. Klin A. Autism and Asperger syndrome: an overview / A. Klin // Rev. Bras. Psiquiatr. – 2006. – 28 (1). – S. 3–11.
250. Kolvin I. Diagnostic criteria and classification of childhood psychoses / I. Kolvin // Br. J. Psychiatry. – 1971. – 118. – P.381–384.
251. Lam K. The Repetitive Behavior Scale-Revised: independent validation in individuals with autism spectrum disorders / K. Lam, M. Aman // J. Autism Dev. Disord. – 2007. – 37 (5). – P. 855-866.
252. Leonard K. Der menschliche Ausdruck in Mimik, Gestik und Phonik / K. Leonard. – Leipzig: Enzyklopädie, 1976. – 369 s.
253. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria / M. Maj // World Psychiatry. – 2011. – 10. – 81-82.
254. Malhotra S. Childhood disintegrative disorder: re-examination of the current concept / S. Malhotra, N. Gupta // Eur. Child. Adolesc. Psychiatry. – 2002. – 11. – P.108-114.
255. Mantovani J. Autistic regression and Landau–Kleffner syndrome: progress or confusion? / J. Mantovani // Dev. Med. Child. Neurol. – 2000. – 42 (5). – P.349–353.
256. McFarland D. J. Quantitative ethology: the state space approach / D. J. McFarland, A. Houston. – London: Pitman, 1981. – P.67.
257. Miller J. N. Did Asperger's cases have Asperger disorder? A research note / J. N. Miller, S. Ozonoff // J. of Child Psychology and Psychiatry. – 1997. – 38. – P.247-251.
258. Nissen G. Zur Klassifikation autistischer Syndrome im Kindesalter / G. Nissen // Nervenartz. – 1971. – Bd. 42. - S. 535-539.

259. O'Hare A. Severing the link between MMR and autism / A. O'Hare // J. Royal College of Physicians of Edinburgh. – 2002. – 32. – P.167–169.
260. Papousek H. Early ontogeny of human social interaction: Its biological roots and social dimensions / H. Papousek, M. Papousek // Human ethology: Claims and limits of a new discipline / M. von Cranach, K. Foppa, W. Lepenies, D. Ploog, (Eds.) – Cambridge: Cambridge University Press, 1979. – P.456-478.
261. Prekopp I. Appendix / I. Prekopp // Autistic Children: New Hope For a Cure / Tinbergen E., Tinbergen N. – London: Routledge and Keagan Paul, 1983. – 362 p.
262. Rapin I. Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis / I. Rapin, R. Tuchman // *Pediatr. Clin. North. Am.* – 2008. – 55 (5). – P.1129–1146.
263. Richer J. The partial non-communication of culture to autistic children / J. Richer // *Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment* / Rutter M., Schopler E. (Eds.) -N.Y.: Plenum Press, 1978. - pp. 47-61.
264. Richer J. Communication, Non-communication, Culture and Autism / J. Richer // *Ethology and Nonverbal Communication in Mental Health.* – Oxford and N-Y: Pergamon Press, 1980. – pp. 76-93.
265. Richer J. Avoidance behavior, attachment and motivational Conflict / J. Richer // *Early Child Development and Care.* – 1993. – 96. – pp. 7-18.
266. Rimland B. Infantile autism: the syndrome and its implications for a neural theory of behavior / B. Rimland. – N.Y.: Appleton-Century-Crofts, 1964. – 282 p.
267. Rogers S. Evidence-based comprehensive treatments for early autism / S. Rogers, L. Vismara // *J. Clin. Child. Adolesc. Psychol.* – 2008. – 37 (1). – P. 8-38.

268. Rutter M. Concepts of autism: a review of research / M. Rutter // J. Child. Psychol. Psychiatry. – 1968. – 9. – P.1–25.
269. Rutter M. Diagnosis and Definitions / M. Rutter // Autism: A reappraisal of Concepts and Treatment / M. Rutter, E. Schopler (Eds). – N.Y.-L: Plenum Press, 1978. – pp. 1-26.
270. Rutter M. The treatment of autistic children / M. Rutter // J. Child Psychol. Psychiat. – 1985. – Vol. 26. – № 2. – P.193-214.
271. Scheflen A. E. Regressive One-to-One Relationship / A. E. Scheflen // Psychiatry Quarterly. – 1960. – Vol.34. No.1. – P.34-38.
272. Scheflen A.E. The Significance of Posture in Communication Systems / A. E. Scheflen // Psychiatry. – 1964. – Vol. 27. – P.316-331.
273. Scheflen A. Body language and social order: Communication as Behavioral Control / A. E. Scheflen. – N.Y.: 1972. – 208 p.
274. Schopler E. Editorial: change of scope and title / E. Schopler, M. Rutter, S. Chess // J. Autism Develop. Dis. - 1979. – 9. – P.1-10.
275. Schopler E. Autism in adolescents and adults / E. Schopler, G. Mesibov. – N.Y.: Plenum, 1983. – 438 p.
276. Spiker D. Visual self-recognition in autistic children: developmental relationships / D. Spiker, M. Ricks // Child development. – 1984. – Vol. 55. – P.214-225.
277. Sucharewa G. E. Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter / G. E. Sucharewa // Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie. – 1926. – 60. – P.235–261.
278. Stefanatos G. Regression in autistic spectrum disorders / G. Stefanatos // Neuropsychol. Rev. – 2008. – 18 (4). – P.305–319.
279. The epidemiology of autism spectrum disorders / C. Newschaffer, L. Croen, J. Daniels et al. // Annu. Rev. Public Health. – 2007. – 28. – P.235-258.
280. The Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised (RAADS-R): A

- Scale to Assist the Diagnosis of Autism Spectrum Disorder in Adults: An International Validation Study / R.A. Ritvo, E.R. Ritvo, D. Guthrie et al. // *J. Autism Dev. Disorders.* – 2011. – V.41. – N.8. – P.1076-1089.
281. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders / P. Filipek, P. Accardo, G. Baranek et al. // *J. Autism Dev. Disord.* – 1999. – 29 (6). – P.439–484.
282. Tidmarsh L. Diagnosis and epidemiology of autism spectrum disorders / L. Tidmarsh, F. Volkmar // *Can. J. Psychiatry.* – 2003. – 48 (8). – P.517–525.
283. Tinbergen E. Infantile autism an ethological approach / E. Tinbergen, N. Tinbergen // *Adv. Ethol.* – 1972. – 10. – pp. 1-53.
284. Tinbergen N. Ethology and stress diseases / N. Tinbergen // *Science.* – 1974. – Vol. 185. – P. 20-27.
285. Tinbergen E. *Autistic Children: New Hope For a Cure* / E. Tinbergen, N. Tinbergen. – London: Routledge and Keagan Paul, 1983. – 362 p.
286. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) / E. Schopler, R. Reichler, R. De Vellis, K. Daly // *J. Autism Devel. Dis.* – 1980. – N 10. – P. 91-103.
287. Tronick E. Emotions and emotional communication // *American Psychologist* / E. Tronick. – 1989. – 44 (2). – pp. 112-119.
288. Tustin F. *Autistic States in Children* / F. Tustin. – London: Routledge and Kegan Paul, 1992. – 255 p.
289. Van Krevelen D. A. On the relationship between early infantile autism and autistic psychopathy // *Acta Paedopsychiatr.* – 1963. – 30. – P.303–323.
290. Van Krevelen D.A. Problem of differential diagnosis between mental retardation and autism infantum / D. A. van Krevelen // *Acta Paedopsychiatr.* – 1973. – 39. – P.199–203.

291. Van Os J. Beyond DSM and ICD: introducing «precision diagnosis» for psychiatry using momentary assessment technology / J. van Os // *World Psychiatry*. – 2013. – 12 (2). – P.113–117.
292. Varieties of repetitive behavior in autism: comparisons to mental retardation / J. Bodfish, F. Symons, D. Parker, M. Lewis // *J. Autism Dev. Disord.* – 2000. – 30 (3). – P. 237-243.
293. Vetter H. Language behavior and psychopathology / H. Vetter. Chicago, 1969.
294. Volkmar F. Autism and autism spectrum disorders: diagnostic issues for the coming decade / F. Volkmar, M. State, A. Klin // *J. Child. Psychol. Psychiatry*. – 2009. – 50 (1–2). – P.108–115.
295. Wakefield J. C. Are you as smart as a 4th grader? Why the prototype-similarity approach to diagnosis is a step backward for a scientific psychiatry / J. C. Wakefield // *World Psychiatry*. – 2012. – 11. – P.27-28.
296. Westen D. An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders / D. Westen // *World Psychiatry*. – 2012. – 11. – P.172–180.
297. Wing L. *Early Childhood Autism* / L. Wing. – Oxford: Pergamon Press (Second edition), 1976. – 342 p.
298. Wing L. Social, Behavioral and Cognitive Characteristics: An Epidemiological Approach / L. Wing // *Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment* / M. Rutter, E. Schopler (Eds.) – N.Y.: Plenum Press, 1978. – pp. 47-62.
299. Wing L. Severe impairments of social interaction and Associated abnormalities in children: epidemiology and classification / L. Wing, J. Gould // *J. Autism Develop. Dis.* – 1979. – 9. – P.11–29.
300. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account / L. Wing // *Psychol. Med.* – 1981. – 11. – P.115–129.

301. Wing L. Language, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation / L. Wing // *J. Autism and Develop. Dis.* – 1981. – 11. – pp. 31-33.
302. Wing L. Syndromes of Autism and atypical development / L. Wing, A. Attwood // *Handbook of autism and developmental disorders* / D. Cohen, A. Donnellan (Eds.). – N.Y.: John Wiley, 1987. – pp. 3-19.
303. Wing L. The history of ideas on autism: legends, myths and reality / L. Wing // *Autism.* – 1997. – 1. – P.13–23.
304. Wing L. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? / L. Wing, D. Potter // *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.* – 2002. – 8 (3). – P.51–161.
305. Witwer A. Examining the validity of autism spectrum disorder subtypes / A. Witwer, L. Lecavalier // *J. Autism Develop. Dis.* – 2008. – 38 (9). – P. 1611-1624.
306. Wolff S. Schizoid personality in childhood / S. Wolff, J. Chick // *Psychol. Med.* – 1980. – 10. – P.85–100.
307. Wolff S. Personality characteristics of parents of autistic children: a controlled study / S. Wolff, S. Narayan, B. Moyes // *J. Child. Psychol. Psychiatry.* – 1988. – 29. – P.143–153.
308. Wolff S. The first account of the syndrome Asperger described? / S. Wolff // *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry.* – 1996. – 5. – P.119–132.

ПРИЛОЖЕНИЯ**ПРИЛОЖЕНИЕ 1.****Карта обследования больных с аутистическими расстройствами**

№ истории болезни:

1. Ф.И.О.
2. Возраст на момент обследования
3. Пол : а) мужской ; б) женский
4. Длительность заболевания к началу обследования
5. Возраст к началу заболевания
6. Длительность катамнестического наблюдения
7. Наследственная отягощенность
8. Аллергические заболевания
9. Эндокринные заболевания
10. Ревматизм
11. Энцефалиты, менингиты
12. Родился по счёту (указать число)
13. Родовая травма
14. Асфиксия в родах
15. Возраст матери
16. Возраст отца
17. Ретроспективно выявленные признаки на 1-м году жизни
(раннего онтогенеза)
18. Особенности зрительного контакта
19. Поза и праксемические характеристики в ситуации
взаимодействия
20. Жестикуляция
21. Моторика
22. Локомоция

23. Особенности контактов со сверстниками
24. Совместные интересы и эмоциональные переживания
25. Особенности социальной и эмоциональной взаимности
26. Невербальные характеристики речи
27. Дефицит разговорной речи
28. Особенности речевого контакта
29. Стереотипии в речи или неадекватное использование слов и фраз
30. Игра, социальное и бытовое подражание
31. Самообслуживание и повседневная деятельность
32. Стереотипные интересы
33. Привязанность к специфическим нефункциональным поступкам или ритуалам
34. Моторные стереотипии
35. Внимание к частям или нефункциональным элементам предметов
36. Избегающее и рискованное поведение

Классификация детского аутизма (НЦПЗ РАМН, 1997)**I. ДА эндогенного генеза:**

1.1. Синдром Каннера (эволютивно-процессуальный, классический вариант детского аутизма)

1.2. Инфантильный аутизм (конституционально-процессуальный), в возрасте от 0 до 12-18 мес)

1.3. ДА процессуальный

а) в возрасте до 3 лет (при ранней детской шизофрении, инфантильном психозе);

б) в возрасте 3-6 лет (при ранней детской шизофрении, атипичном психозе)

1.4. Синдром Аспергера (конституциональный)

II. Аутистическиподобные синдромы при органическом поражении ЦНС

III. Аутистическиподобные синдромы при хромосомных, обменных и других нарушениях (при синдроме Дауна, при X-ФРА, фенилкетонурии, туберозном склерозе и других УМО)

IV. Синдром Ретта (неуточненного генеза)**V. Аутистическиподобные синдромы экзогенного генеза:**

5.1. Психогенный парааутизм

VI. Аутизм неясного генеза.

Критерии диагностики аутистических расстройств МКБ-10 (1994)

Общее расстройство развития, определяющееся наличием аномального и/или нарушенного развития, которое проявляется в возрасте до 3 лет, и аномальным функционированием во всех трех сферах социального взаимодействия, общения и ограниченного, повторяющегося поведения.

1. Качественные нарушения реципрокного взаимодействия, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

а) неспособность адекватно использовать для регулирования социального взаимодействия контакт взора, мимическое выражение, жестикуляцию;

б) неспособность к установлению взаимосвязей со сверстниками;

в) отсутствие социо-эмоциональной взаимности, что проявляется нарушенной реакцией на других людей, отсутствие модуляции поведения в соответствии с социальной ситуацией;

г) отсутствие общих интересов или достижений с другими людьми.

2. Качественные аномалии в общении, проявляющиеся минимум в одной из следующих областей:

а) задержка или полное отсутствие спонтанной речи, без попыток компенсировать этот недостаток жестикуляцией и мимикой;

б) относительная неспособность начинать или поддерживать беседу (при любом уровне речевого развития);

в) повторяющаяся и стереотипная речь;

г) отсутствие разнообразных спонтанных ролевых игр или (в более младшем возрасте) подражательных игр.

3. Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные поведение, интересы и активность, что проявляется минимум в одной из следующих областей:

а) поглощенность стереотипными и ограниченными интересами;

б) внешне навязчивая привязанность к специфическим, нефункциональным поступкам или ритуалам;

в) стереотипные и повторяющиеся моторные манеризмы;

г) повышенное внимание к частям предметов или нефункциональным элементам игрушек (к их запаху, осязанию поверхности, издаваемому ими шуму или вибрации).

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

Таблица П.4.

Дифференциально-диагностические признаки АР у детей

Признаки			Группы					Ср. знач.	Р
			СА	СК	УО	РО	ДШ		
			Частота, %						
1	1	зрительный контакт без особенностей	6,5	-	4,1	15,9	-	5,6	<0,05
1	2	практически отсутствует (редкие эпизоды взгляда в глаза не более 1-2 секунд)	45,2	81,6	61,6	52,3	75,9	62,8	<0,05
1	3	активное отвержение зрительного контакта (отворачивается, закрывает лицо руками, вскрикивает, встретив чей-то взгляд)	3,2	28,9	9,6	20,5	55,2	20,5	<0,001
1	4	смотрит в лицо, но без фиксации взгляда на глазах человека (взгляд «сквозь»)	12,9	55,3	16,4	20,5	55,2	28,8	<0,001
1	5	смотрит «мимо» человека, взгляд направлен	35,5	21,1	4,1	6,8	72,4	21,4	<0,001

		«рядом» с собеседником							
1	6	не следит взглядом за движениями находящегося рядом человека	6,5	57,9	61,6	29,5	72,4	47,9	<0,001
1	7	взгляд исподлобья	6,5	5,3	4,1	15,9	34,5	11,2	<0,001
1	8	непрерывный зрительный контакт	3,2	5,3	1,4	9,1	24,1	7,0	<0,001
1	9	немигающий взгляд	6,5	5,3	1,4	4,5	20,7	6,0	<0,001
1	10	следит за перемещениями собеседника боковым зрением	32,3	18,4	1,4	29,5	6,9	15,3	<0,01
2	1	мимические реакции без особенностей	-	2,6	-	4,5	-	1,4	>0,05
2	2	мимика интереса	6,5	2,6	2,7	11,4	-	4,7	<0,01
2	3	мимические изменения отсутствуют или крайне бедны	67,7	71,4	76,7	31,8	75,9	65,1	<0,01
2	4	задумчивая, подчеркнута серьезная мимика	77,4	57,9	16,4	13,6	20,7	32,6	<0,01
2	5	мимика смущения	6,5	5,3	4,1	31,8	6,9	10,7	<0,001
2	6	мимика тревоги, испуга	25,8	55,3	28,8	25,0	58,6	36,3	<0,05
2	7	мимика растерянности	3,2	7,9	15,1	18,2	37,9	15,8	<0,01
2	8	мимика напряжения	32,3	23,7	16,4	20,5	31,0	22,8	<0,05
2	9	мимика недовольства	71,0	63,2	26,0	20,5	31,0	38,6	<0,05
2	10	эхомимия	-	-	1,4	4,5	24,1	4,7	<0,001

2	11	улыбка с отворачиванием	3,2	2,6	1,4	9,1	31,0	7,4	<0,001
2	12	смена мимических выражений без плавных переходов	19,4	23,7	6,8	15,9	58,6	20,5	<0,001
2	13	мимические изменения, не связанные с происходящим в данный момент	6,5	13,2	2,7	4,5	58,6	13,0	<0,001
2	14	несоответствие выражений разных областей лица	-	7,9	1,4	4,5	34,5	7,4	<0,001
2	15	гримасы	6,5	-	4,1	4,5	41,4	8,8	<0,001
3	1	поза в ситуации взаимодействия без особенностей	-	-	-	6,8	-	1,4	-
3	2	поза не изменяется в ситуации взаимодействия	22,6	78,9	38,4	31,8	34,5	41,4	<0,01
3	3	застывшая, напряженная поза	32,3	36,8	39,7	36,4	17,2	34,4	<0,05
3	4	поворачивается боком или спиной, отдаляется, убегает	16,1	21,1	24,7	36,4	31,0	26,0	<0,05
3	5	поза агрессии	6,5	5,3	8,2	4,5	24,1	8,8	<0,01
4	1	угловатая, неловкая жестикация	77,4	55,3	54,8	65,9	41,4	58,6	<0,05
4	2	недостаточность указательных жестов и коммуникативных жестов	71,0	94,7	97,3	65,9	51,7	80,5	<0,05
4	3	жесты отстранения	67,7	57,9	39,7	40,9	72,4	51,6	<0,05
4	4	агрессивные жесты	19,4	15,8	28,8	29,5	62,1	29,8	<0,001

4	5	жесты, не связанные с происходящим в данный момент	6,5	5,3	1,4	4,5	65,5	12,1	<0,001
4	6	парадоксальная жестикуляция	3,2	7,9	1,4	4,5	79,3	14,0	<0,001
5	1	повышенная активность, неусидчивость	54,8	68,4	39,7	77,3	62,1	57,7	<0,05
5	2	медлительность	38,7	28,9	57,5	20,5	37,9	39,5	<0,01
5	3	скованность, механистичность, угловатость моторики	71,0	63,2	39,7	63,6	44,8	54,0	<0,05
5	4	субступор	-	2,6	2,7	-	27,6	5,1	<0,001
5	5	порывистые импульсивные движения	35,5	10,5	11,0	15,9	37,9	19,1	<0,01
5	6	пластичность отдельных действий на фоне общей неловкости	6,5	39,5	2,7	4,5	3,4	10,2	<0,001
5	7	гротескность и причудливость размаха движений	16,1	5,3	2,7	11,4	34,5	11,2	<0,001
6	1	скованная походка	61,3	50,0	52,1	72,7	65,5	59,1	>0,05
6	2	некоординированная, неуклюжая	61,3	26,3	37,0	63,6	24,1	42,3	<0,01
6	3	порывистая походка	38,7	13,2	11,0	15,9	34,5	19,5	<0,01
6	4	нецеленаправленное блуждание, полевое поведение	6,5	65,8	86,3	61,4	82,8	65,6	<0,001
6	5	походка (ходьба) «на цыпочках»	6,5	68,4	9,6	61,4	6,9	29,8	<0,001

6	6	манерная походка	6,5	5,3	4,1	4,5	62,1	12,6	<0,001
6	7	бег (ходьба) по кругу или «от стены к стене»	6,5	47,4	21,9	31,8	79,3	34,0	<0,001
7	1	предпочтение контактов со взрослыми	67,7	18,4	2,7	31,8	6,9	21,4	<0,001
7	2	отсутствие концентрации внимания на общих объектах	51,6	81,6	78,1	56,8	58,6	67,9	<0,05
7	3	наблюдает за игрой других детей со стороны	61,3	21,1	17,8	40,9	44,8	33,0	<0,05
7	4	безразличие, «не замечает» других детей	22,6	76,3	76,7	43,2	75,9	61,9	<0,01
7	5	игра рядом, «параллельно» с другими детьми	64,5	34,2	32,9	38,6	79,3	45,1	<0,05
7	6	активное стремление к прекращению контакта	93,5	15,8	27,4	29,5	69,0	40,9	<0,001
7	7	страх при намерении другого вступить в контакт	16,1	39,5	19,2	20,5	34,5	24,7	<0,05
7	8	пассивное сопротивление при намерении другого вступить в контакт	61,3	73,7	21,9	43,2	37,9	43,3	<0,01
7	9	аутоагрессия при намерении другого вступить в контакт	29,0	71,1	47,9	40,9	31,0	45,6	<0,05
7	10	неразборчивость контактов	12,9	7,9	5,5	31,8	17,2	14,0	<0,001
7	11	контакты как с неживыми объектами	29,0	81,6	43,8	38,6	44,8	47,4	<0,01
7	12	стремление к телесным контактам, объятиям	12,9	10,5	20,5	36,4	3,4	18,6	<0,001
7	13	открытые действия сексуального характера	3,2	5,3	5,5	6,8	13,8	6,5	<0,05
7	14	крайняя настороженность, подозрительность	3,2	10,5	2,7	4,5	37,9	9,3	<0,001

7	15	целенаправленная агрессия	6,5	7,9	6,8	11,4	24,1	10,2	<0,01
7	16	импульсивная агрессия	6,5	10,5	5,5	9,1	44,8	12,6	<0,001
8	1	не стремится поделиться радостью, достижением с другими людьми	51,6	94,7	71,2	72,7	82,8	74,4	<0,05
8	2	не указывает жестами на объект общего интереса другому человеку	22,6	81,6	75,3	54,5	55,2	61,9	<0,001
8	3	стремление найти защиту у близких лишь в вызывающей тревогу ситуации при «холодном» отношении в целом	38,7	34,2	30,1	27,3	48,3	34,0	>0,05
8	4	привязанность к матери, близким	16,1	26,3	28,8	25,0	6,9	22,8	<0,01
8	5	недостаточная способность уступить, пожалеть, учесть интересы другого	77,4	86,8	94,5	72,7	93,1	86,0	>0,05
8	6	уклоняется от попыток организовать взаимодействие с ним, однако держится рядом с родителем	6,5	23,7	28,8	47,7	17,2	27,0	<0,001
8	7	отсутствие ответных эмоциональных реакций на ласку, похвалу	45,2	81,6	72,6	52,3	93,1	68,8	<0,05
8	8	обращается только тогда, когда что-то нужно дать, достать и пр.	22,6	81,6	72,6	70,5	65,5	65,6	<0,001
8	9	не обращается с просьбой в какой бы то ни было форме	6,5	36,8	63,0	9,1	41,4	36,3	<0,001

8	10	отсутствие вопросов	6,5	81,6	79,5	45,5	58,6	59,5	<0,001
8	11	часто механически использует руки взрослого как инструмент	29,0	86,8	76,7	72,7	6,9	61,4	<0,001
8	12	не откликается на обращение	22,6	76,3	79,5	61,4	34,5	60,9	<0,01
8	13	негативизм	6,5	13,2	23,3	25,0	41,4	21,9	<0,001
9	1	скандированная речь	22,6	21,1	6,8	29,5	24,1	18,6	<0,01
9	2	сочетание лепетной речи с фразовой	3,2	18,4	12,3	13,6	20,7	13,5	<0,01
9	3	монотонная речь, без интонационных пауз, эмоциональной экспрессии, жестикуляции	67,7	36,8	31,5	25,0	51,7	39,1	<0,05
9	4	затухающие интонации к концу фразы	16,1	18,4	2,7	15,9	41,4	15,3	<0,01
9	5	подъем интонации или темпа к концу фразы	16,1	10,5	1,4	15,9	17,2	10,2	<0,05
9	6	речь нараспев, растянутые слова	6,5	13,2	1,4	11,4	27,6	9,8	<0,001
9	7	речь-скороговорка	12,9	5,3	2,7	6,8	6,9	6,0	<0,05
10	1	достаточно сформированная разговорная речь	87,1	5,3	-	6,8	27,6	18,6	<0,001
10	2	практически полное отсутствие разговорной речи со стремлением к компенсации мимикой и жестами	-	5,3	9,6	22,7	6,9	9,8	<0,01
10	3	речь ограничена вокализациями	-	15,8	42,5	20,5	13,8	23,3	<0,001
10	4	практически полное отсутствие разговорной речи без попыток компенсации мимикой и	-	31,6	52,1	20,5	6,9	28,4	<0,001

		жестами							
10	5	речь ограничивается отдельными эхолалиями	-	23,7	6,8	6,8	13,8	9,8	<0,01
10	6	речь ограничена произнесением названий предметов или явлений	6,5	23,7	17,8	20,5	6,9	16,3	<0,05
10	7	невнятная неразборчивая речь	6,5	13,2	32,9	15,9	24,1	20,9	<0,01
11	1	отсутствие инициативы при разговоре	58,1	50,0	61,6	34,1	51,7	52,1	<0,05
11	2	“книжная”, “взрослая” речь, штампованные фразы	61,3	13,2	2,7	18,2	13,8	17,7	<0,001
11	3	буквальность понимания слов собеседника	48,4	50,0	42,5	38,6	17,2	40,5	<0,05
11	4	отсутствие гибкой реакции на полученное сообщение	87,1	63,2	56,2	54,5	65,5	62,8	<0,05
11	5	монолог “взахлеб”	67,7	13,2	4,1	11,4	27,6	19,5	<0,001
12	1	непосредственные эхолалии	22,6	76,3	37,0	54,5	82,8	51,6	<0,01
12	2	ответы из слов, содержащихся в вопросе, с правильным использованием личных местоимений	12,9	10,5	23,3	20,5	31,0	20,0	<0,05
12	3	неправильное использование личных местоимений, речь о себе во 2-3 лице	61,3	84,2	23,3	43,2	41,4	46,0	<0,01
12	4	повторные однообразные вопросы без интереса к содержанию ответов	61,3	31,6	6,8	38,6	62,1	33,0	<0,001

12	5	повторение фраз без заметной связи с ситуацией	38,7	44,7	19,2	27,3	41,4	31,2	<0,05
12	6	аутокоманды или комментирующие фразы	35,5	39,5	15,1	27,3	17,2	25,1	<0,05
12	7	склонность к декламации, рифмованию, использование слов по созвучию	45,2	23,7	2,7	15,9	24,1	18,1	<0,001
12	8	неологизмы	3,2	7,9	4,1	4,5	65,5	13,0	<0,001
12	9	нарушения грамматического и синтаксического строя фраз	6,5	44,7	67,1	36,4	65,5	47,9	<0,001
13	1	пересыпание, верчение, перекладывание, постукивание	12,9	78,9	38,4	52,3	51,7	46,5	<0,001
13	2	рассматривание игрушек без стремления к манипулированию ими	6,5	31,6	45,2	27,3	24,1	30,7	<0,001
13	3	отсутствие коммуникативных и ролевых игр	64,5	94,7	71,2	75,0	82,8	76,7	<0,05
13	4	слабое понимание простых социальных ситуаций	51,6	92,1	97,3	81,8	75,9	83,7	<0,05
13	5	«неловкое» подражание взрослым в выполнении домашних или профессиональных функций	67,7	7,9	24,7	38,6	10,3	28,8	<0,001
13	6	социальные и бытовые навыки жестко привязаны к определенной ситуации или человеку	45,2	60,5	42,5	34,1	10,3	40,0	<0,001
13	7	невозможность использовать простейшие социальные навыки без внешнего побуждения и	77,4	86,8	80,8	70,5	79,3	79,1	>0,05

		диктовки							
14	1	неряшливость при приеме пищи	67,7	68,4	86,3	86,4	75,9	79,1	>0,05
14	2	отсутствие (выраженные затруднения) жевания	12,9	31,6	12,3	31,8	31,0	22,3	<0,05
14	3	не пользуется горшком, туалетом	3,2	31,6	65,8	31,8	55,2	42,3	<0,001
15	1	нетрадиционные увлечения	74,2	23,7	2,7	15,9	34,5	23,7	<0,001
15	2	традиционные увлечения, носящие сверхценный характер	74,2	13,2	6,8	18,2	17,2	21,4	<0,001
15	3	малопродуктивное коллекционирование отвлеченных сведений	38,7	5,3	-	4,5	20,7	10,2	<0,001
15	4	длительное фиксирование внимания на малодинамичных явлениях	16,1	60,5	38,4	38,6	24,1	37,2	<0,001
15	5	повышенный интерес к страшным, неприятным, асоциальным явлениям	38,7	7,9	1,4	11,4	41,4	15,3	<0,001
16	1	включение-выключение света	19,4	34,2	37,0	25,0	6,9	27,4	<0,001
16	2	стремление педантично следовать нормам и правилам, поддерживать порядок	80,6	26,3	8,2	15,9	13,8	24,2	<0,001
16	3	строгое соблюдение сложившегося стереотипа в распорядке дня, в обстановке, в одежде	80,6	73,7	35,6	47,7	17,2	48,8	<0,01
16	4	выраженная избирательность в еде	61,3	81,6	46,6	52,3	41,4	55,3	<0,05
16	5	привычное обнюхивание предметов или людей	9,7	18,4	11,0	25,0	24,1	16,7	<0,05

16	6	требование неизменных ответов на свои вопросы	61,3	21,1	5,5	38,6	62,1	30,7	<0,001
16	7	требования участия окружающих в выполнении ритуалов	6,5	7,9	2,7	4,5	44,8	10,2	<0,001
17	1	потряхивание кистями рук, предметами	16,1	76,3	79,5	86,4	37,9	65,6	<0,001
17	2	стереотипное шевеление, перебирание пальцами, потирание рук	19,4	60,5	28,8	27,3	34,5	33,5	<0,01
17	3	взмахи, сгибание-разгибание рук в локтевых и плечевых суставах	16,1	63,2	37,0	65,9	6,9	40,5	<0,001
17	4	однообразные повороты головы или тела, раскачивания	19,4	34,2	26,0	40,9	48,3	32,6	<0,05
17	5	биения туловищем, головой	3,2	21,1	35,6	29,5	79,3	33,0	<0,001
17	6	кружение вокруг своей оси	6,5	36,8	16,4	34,1	37,9	25,1	<0,001
17	7	подпрыгивания	25,8	65,8	42,5	43,2	17,2	40,9	<0,05
17	8	избирательное напряжение мышц	3,2	5,3	1,4	4,5	6,9	3,7	>0,05
17	9	патологические привычные действия	16,1	55,3	65,8	61,4	20,7	49,8	<0,001
17	10	манипулирование половыми органами без сексуальной окраски	9,7	15,8	45,2	34,1	62,1	34,9	<0,001
17	11	мастурбация	6,5	-	12,3	6,8	20,7	9,3	<0,01
17	12	прерывание начатого действия, застывания,	-	-	1,4	4,5	31,0	5,6	<0,001

		замирания							
18	1	сосредоточенность на отдельных свойствах или частях предмета без целостного использования по назначению	51,6	63,2	12,3	34,1	6,9	30,7	<0,001
18	2	прикованность внимания к предметам и явлениям, не вызывающим интереса у других людей	54,8	28,9	12,3	20,5	37,9	26,5	<0,01
18	3	однообразные манипуляции с игрушками в отрыве от их предназначения	16,1	73,7	53,4	40,9	34,5	46,5	<0,001
18	4	предпочтение игр с неигровыми предметами	41,9	84,2	30,1	47,7	34,5	45,6	<0,01
19	1	страхи обыденного содержания	45,2	57,9	54,8	52,3	31,0	50,2	<0,05
19	2	избегание нестандартных, новых, непривычных ситуаций	61,3	86,8	58,9	59,1	31,0	60,5	<0,01
19	3	воспроизведение в фантазиях или игре пугающих ситуаций	38,7	2,6	2,7	-	31,0	11,2	<0,001
19	4	крайне необычные, нетипичные, вычурные страхи	6,5	47,4	16,4	15,9	72,4	27,9	<0,001
19	5	видимое пренебрежение реальной опасностью	9,7	31,6	75,3	61,4	24,1	48,4	<0,001

ПРИЛОЖЕНИЕ 5.

Клинико-этологический перечень (шкала) дифференциальной диагностики аутистических расстройств у детей

Признаки		Группы				
		СА	СК	УО	РО	ДШ
		Частота, %				
1. Особенности зрительного контакта						
1	не следит взглядом за движениями находящегося рядом человека	1	6	6	3	7
2	смотрит в лицо, но без фиксации взгляда на глазах человека (взгляд «сквозь»)	1	6	2	2	6
3	смотрит «мимо» человека, взгляд направлен «рядом» с собеседником	4	2	0	1	7
4	активное отвержение зрительного контакта (отворачивается, закрывает лицо руками, вскрикивает, встретив чей-то взгляд)	0	3	1	2	6
5	взгляд исподлобья	1	1	0	2	3
2. Мимика ребенка в ситуации взаимодействия						
1	мимика смущения	1	1	0	3	1
2	эхомимия	0	0	0	0	2
3	улыбка с отворачиванием	0	0	0	1	3
4	смена мимических выражений без плавных переходов	2	2	1	2	6

5	мимические изменения, не связанные с происходящим в данный момент	1	1	0	0	6
6	несоответствие выражений разных областей лица	0	1	0	0	3
7	относительно разнообразные мимические изменения	1	1	1	5	0
8	гримасы	1	0	0	0	4
3. Поза и жестикация ребенка в ситуации взаимодействия						
1	поза не изменяется в ситуации взаимодействия	2	8	4	3	3
2	агрессивные жесты	2	2	3	3	6
3	жесты, не связанные с происходящим в данный момент	1	1	0	0	7
4	парадоксальная жестикация	0	1	0	0	8
4. Общая моторика						
1	субступор	0	0	0	0	3
2	пластичность отдельных действий на фоне общей неловкости	0	4	0	0	0
3	гротескность и причудливость размаха движений	2	0	0	1	3
5. Локомоция						
1	нецеленаправленное блуждание, полевое поведение	1	7	9	6	8
2	походка (ходьба) «на цыпочках»	1	7	1	6	1
3	манерная походка	1	1	0	0	6

4	бег (ходьба) по кругу или «от стены к стене»	1	5	2	3	8
5	порывистая походка	4	1	1	2	3
6. Особенности контактов со сверстниками						
1	предпочтение контактов со взрослыми	7	2	0	3	1
2	наблюдает за игрой других детей со стороны	6	2	2	4	4
3	безразличие, «не замечает» других детей	2	8	8	4	8
4	активное стремление к прекращению контакта	9	2	3	3	7
5	неразборчивость контактов	1	1	1	3	2
6	контакты как с неживыми объектами	3	8	4	4	4
7	стремление к телесным контактам, объятиям	1	1	2	4	0
8	крайняя настороженность, подозрительность	0	1	0	0	4
9	импульсивная агрессия	1	1	1	1	4
7. Особенности социальной и эмоциональной взаимности						
1	не указывает жестами на объект общего интереса другому человеку	2	8	8	5	6
2	уклоняется от попыток организовать взаимодействие с ним, однако держится рядом с родителем	1	2	3	5	2
3	обращается только тогда, когда что-то нужно дать, достать и пр.	2	8	7	7	7
4	не обращается с просьбой в какой бы то ни было форме	1	4	6	1	4

5	отсутствие вопросов	1	8	8	5	6
6	часто механически использует руки взрослого как инструмент	3	9	8	7	1
7	не откликается на обращение	2	8	8	6	3
8	негативизм	1	1	2	3	4
8. Невербальные характеристики речи и речевого контакта						
1	речь нараспев, растянутые слова	1	1	0	1	3
2	достаточно сформированная разговорная речь	9	1	0	1	3
3	речь ограничена вокализациями	0	2	4	2	1
4	практически полное отсутствие разговорной речи без попыток компенсации мимикой и жестами	0	3	5	2	1
5	“книжная”, “взрослая” речь, штампованные фразы	6	1	0	2	1
6	монолог “взахлеб”	7	1	0	1	3
7	непосредственные эхолалии	2	8	4	5	8
8	неправильное использование личных местоимений, речь о себе во 2-3 лице	6	8	2	4	4
9	повторные однообразные вопросы без интереса к содержанию ответов	6	3	1	4	6
10	склонность к декламации, рифмованию, использование слов по созвучию	5	2	0	2	2

11	неологизмы	0	1	0	0	7
12	нарушения грамматического и синтаксического строя фраз	1	4	7	4	7
9. Игра и социальное подражание						
1	пересыпание, верчение, переключивание, постукивание	1	8	4	5	5
2	рассматривание игрушек без стремления к манипулированию ими	1	3	5	3	2
3	сосредоточенность на отдельных свойствах или частях игрушек или предметов без целостного использования по назначению	5	6	1	3	1
4	прикованность внимания к предметам и явлениям, не вызывающим интереса у других людей	5	3	1	2	4
5	однообразные манипуляции с игрушками в отрыве от их предназначения	2	7	5	4	3
6	предпочтение игр с неигровыми предметами	4	8	3	5	3
10. Самообслуживание и повседневная бытовая деятельность						
1	не пользуется горшком, туалетом	0	3	7	3	6
2	понимание простых социальных ситуаций	5	1	0	2	2
3	«неловкое» подражание взрослым в выполнении домашних или профессиональных функций	7	1	2	4	1
4	социальные и бытовые навыки жестко привязаны к определенной ситуации или человеку	5	6	4	3	1

11. Стереотипные интересы и ритуалы						
1	нетрадиционные увлечения	7	2	0	2	3
2	традиционные увлечения, носящие сверхценный характер	7	1	1	2	2
3	малопродуктивное коллекционирование отвлеченных сведений	4	1	0	0	2
4	длительное фиксирование внимания на малодинамичных явлениях	2	6	4	4	2
5	повышенный интерес к страшным, неприятным, асоциальным явлениям	4	1	0	1	4
6	стремление педантично следовать нормам и правилам, поддерживать порядок	8	3	1	2	1
7	строгое соблюдение сложившегося стереотипа в распорядке дня, в обстановке, в одежде	8	7	4	5	2
8	требование неизменных ответов на свои вопросы	6	2	1	4	6
9	требования участия окружающих в выполнении ритуалов	1	1	0	0	4
12. Моторные стереотипии						
1	потряхивание кистями рук, предметами	2	8	8	9	4
2	стереотипное шевеление, перебирание пальцами, потирание рук	2	6	3	3	3
3	взмахи, сгибание-разгибание рук в локтевых и плечевых суставах	2	6	4	7	1
4	биения туловищем, головой	0	2	4	3	8
5	кружение вокруг своей оси	1	4	2	3	4

6	патологические привычные действия	2	6	7	6	2
7	манипулирование половыми органами без сексуальной окраски	1	2	5	3	6
8	прерывание начатого действия, застывания, замирания	0	0	0	0	3
13. Избегающее поведение и страх						
1	воспроизведение в фантазиях или игре пугающих ситуаций	4	0	0	0	3
2	крайне необычные, нетипичные, вычурные страхи	1	5	2	2	7
3	видимое пренебрежение реальной опасностью	1	3	8	6	2
	Сумма					
	Вероятность					