На правах рукописи

Аттаева Лейла Жамаловна

СТЕРЕОТИПИИ У ДЕТЕЙ: ПАТОМОРФОЗ, ПАТОПЛАСТИКА, КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ

Специальность: 3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Нальчик – 2025

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор Макаров Игорь Владимирович

Официальные оппоненты:

Злоказова Марина Владимировна — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии им. профессора В.И. Багаева федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Гречаный Северин Вячеславович — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Пашковский Владимир Эдуардович — доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства Российской Федерации

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

Защита состоится «02» октября 2025 г. в 12:00 на заседании диссертационного совета 21.1.035.01 на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (адрес 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3) и на сайте института: www.bekhterev.ru

Автореферат разослан «23» июня 2025 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук Яковлева Юлия Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Наряду с ухудшением психического здоровья детей и подростков как во всем мире, так и в нашей стране (Баранов А.А. с соавт., 2011; Гудинова Ж.В. с соавт., 2015; Творогова Н.А. с соавт., 2015; Розанов В.А., 2018; Чичерин Л.П., Щепин В.О., Загоруйченко А.А., 2024; Любецкий Н.П. с соавт., 2024; Christian Kieling M.D. et al., 2011; Membride H., 2016; Reilly M., Weitzman C., 2024) происходит утяжеление контингента психически больных с формированием стойкой социальной дезадаптации и инвалидизации (Чуркин А.А., 2000; Макушкин Е.В., Жеребцова В.А., 2011; Демчева Н.К. с соавт., 2014; Демчева Н.К., Макушкин Е.В., 2016; Макашева В.А., 2016; Шмакова О.П., 2020). Одним из факторов, отягощающих состояние детей, и приводящих к росту инвалидности является продолжительное наблюдение детей с неправомочными диагнозами (Альбицкая Ж.В., 2018; Алексашина А.А., 2019; Rutter M., 2005; Kuzmichev B.N., Zinkovskiy A.K., 2014).

Диагностические трудности вызваны многообразием клинических проявлений различных психических нарушений и особенностями их течения у детей (Гречаный С.В., Романовская М.В., 2017). Так, в детском и подростковом возрасте симптомы мало специфичны в нозологическом отношении (Обухов С.Г., Шустер Э.Е, 2003; Шевченко Ю.С., 2011). Кроме того, исходя из теории этапности психического развития, психопатологические расстройства отражают тип нервно-психического реагирования, характерный для данного возрастного периода (Ковалев В.В., 1979). Однако, эти расстройства могут быть ранними проявлениями формирующихся психических заболеваний - будущих синдромов аффективного и шизофренического круга, умственной отсталости, психогенных расстройств (Вожжов В.В. с соавт., 2021). В связи с этим трудно переоценить диагностику и корректное лечение психических

нарушений в раннем детстве (Трушкина С.В., 2015; Пашковский В.Э., 2021), особенно в условиях, когда охрана здоровья подрастающего поколения занимает особое положение в здравоохранении России (Злоказова М.В., Семакина Н.В., 2022).

Стереотипные действия и движения – большое разнообразие повторяющегося поведения, начиная от простых движений до более сложных действий (Макаров И.В, Автенюк А.С., 2018). Стереотипии не являются специфическим симптомом (Чухутова Г.Л., 2013) и могут довольно часто проявляться у пациентов с различной психической патологией (Melo C. et al., 2022), не только видоизменяя клинические проявления болезни, но и выступая в качестве ее катализатора (Смулевич А.Б. с соавт., 2022).

Проблема патоморфоза и патопластического воздействия на клинику стереотипий является достаточно актуальной в виду практически полного отсутствия исследований на данную тему.

Степень разработанности темы исследования. Расстройство аутистического спектра – это нарушение нейропсихического развития, характеризующееся качественными отклонениями в социальном взаимодействии и способах общения, а также ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и занятий (Клинические рекомендации Миздрава РФ, 2024). В адаптированной для использования в Российской Федерации версии Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (МКБ-10) РАС описываются в разделе F84 «Общие расстройства психологического развития» («Первазивные нарушения развития») и обозначается следующими кодами: F84.0 — Детский аутизм (включая аутистическое расстройство, детский аутизм, детский психоз, синдром Каннера); F84.1 — Атипичный аутизм (включая атипичный детский психоз, умственную отсталость с аутистическими

чертами); F84.4 — Гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (умственная отсталость с двигательной расторможенностью и стереотипными движениями); F84.5 — Синдром Аспергера (аутистическая психопатия, шизоидное расстройство детского возраста); F84.8 – Другие общие расстройства развития; F84.9 — Общее расстройство развития, неуточненное. Детский тип шизофрении (ДТШ) – вариант прогредиентного психического расстройства с утратой единства психических функций, неспецифическими продуктивными симптомами, стойкими негативными проявлениями в форме нарушений мышления, обеднения эмоциональной сферы, аутизации, снижения познавательной активности, приводящее к формированию типичного для детского типа шизофрении когнитивного дефекта (Клинические рекомендации Минздрава РФ, 2024). В МКБ-10 детский тип шизофрении включается в раздел F20.8 (другой тип шизофрении — F20.8xx3).

Как при расстройстве аутистического спектра, так и при детском типе шизофрении одним их ранних проявлений заболевания являются стереотипии. Зачастую стереотипии являются единственным предвестником психического неблагополучия у детей раннего возраста и в течение длительного времени этот контингент детей остается вне диспансерного наблюдения (Сухотина Н.К. с соавт., 2008), что затрудняет своевременное выявление стереотипий. Стереотипии у детей относятся к продуктивным дизонтогенетическим симптомам и отличаются малой нозологической специфичностью (Сухарева Г.Е., 1955). В последние годы большинство исследований стереотипного поведения ведется преимущественно на материале детей с расстройствами аутистического спектра, и представляет собой в основном статистические и демографические обобщения. Однако, стереотипии довольно часто могут проявляется у пациентов с различной психической патологией, в том числе

без аутистической симптоматики. Учитывая тот факт, что стереотипии встречаются в рамках различных психических, неврологических и соматических заболеваний, их своевременное выявление и дифференциальное диагностирование могут помочь достигнуть успеха в их реабилитации. В связи с этим трудно переоценить диагностику стереотипий в раннем детстве. На сегодняшний день отсутствуют исследования, посвященные патопластике, патоморфозу и клинической типологии стереотипий у детей.

Цель исследования: установить диагностические характеристики, патопластические изменения и патоморфоз стереотипий, а также разработать их клиническую типологию у детей с шизофренией и расстройствами аутистического спектра.

Задачи исследования:

1. Разработать валидизированный инструмент исследования.
2. Проанализировать изменения клинических характеристик стереотипий у детей с РАС и шизофренией за период 1993 – 2020 гг. с оценкой патопластических факторов и проявлений патоморфоза.
3. Изучить клинико-динамические характеристики стереотипий у детей с РАС и шизофренией на современном этапе за период 2021-2022 гг.
4. Изучить стереотипии как дифференциально-диагностический критерий для постановки диагноза РАС и шизофрения у детей.
5. Предложить клиническую классификацию стереотипий.

Научная новизна работы. Разработан и валидизирован «Опросник оценки стереотипий у детей».

Впервые на клиническом материале изучаемого контингента детей проведено клинико–психопатологическое исследование, оценка и системный анализ характеристик (пола, возраста, типа и вида образовательного учреждения, возраста начала, клинических проявлений,

динамических изменений, частоты возникновения, влияния стереотипий на социализацию ребенка) проявлений и динамики стереотипий.

Впервые в рамках клинико-анамнестического исследования заполнялась индивидуальная регистрационная карта пациента, проводился сбор анамнеза, оценивалось влияние наследственных, неврологических, социальных и психологических провоцирующих факторов в возникновении и поддержании стереотипий.

Методом двухфакторного анализа произведена оценка зависимости выраженности тревоги родителей от степени выраженности стереотипий у их детей и выявлено наличие статистически значимой тесной связи этих параметров.

Впервые проведено изучение патопластики и патоморфоза стереотипного поведения, как дименсионального признака, отдельной клинико-психопатологической единицы в клиническом пространстве расстройства аутистического спектра и шизофрении у детей.

Выявлен клинический патоморфоз стереотипий у детей с расстройством аутистического спектра (более раннее начало, изменение частоты встречаемости различных типов, усложнение с преобладанием сочетанных форм) и отсутствие значительных изменений в форме проявления стереотипий при детском типе шизофрении.

Установлено патопластическое воздействие информационной, образовательной и социально-психологической среды на детей с расстройством аутистического спектра: сознательное воображение образов из компьютерных игр, мультфильмов и фантастических сцен во время стереотипных движений у детей; у детей на домашнем обучении чаще регистрировались сочетанные формы стереотипий (наиболее часто речевые стереотипии и ограниченность интересов); у детей, обучающихся в школе с привлечением тьютора, психолога и логопеда стереотипное

поведение в меньшей степени мешает общению с другими детьми и выполнению повседневных занятий.

Впервые выявлены характеристики стереотипий при расстройстве аутистического спектра и детском типе шизофрении, которые позволяют рассматривать их как дифференциально-диагностический критерий для постановки диагноза (пол, возраст, психически отягощенный анамнез, сопутствующие психические нарушения, формы проявления, временная вариативность, частота возникновения, легкость переключения внимания).

Предложена типология стереотипий, классифицирующая их по существенным признакам: по этиологическим, по степени тяжести, по форме, по длительности течения, по распространенности, по механизму управления, по частоте, по прерываемости, по влияния на социализацию, по клиническому варианту течения, по психопатологическому типу стереотипий.

Теоретическая и практическая значимость. Полученные результаты вносят научный вклад в развитие детской психиатрии, углубляя знания об эпидемиологии, этиологии и патогенетических механизмах возникновения и развития стереотипий. Представлены основные дифференциально-диагностические характеристики повторяющихся действий и форм поведения у детей. Рассмотрены основные классификационные характеристики стереотипий, выделяемые исследователями во всем мире. Освещен современный взгляд на патопластику и патоморфоз стереотипий у детей. Представлен новый концепт изучения стереотипий, выступающих, как дименсии в клиническом пространстве расстройства аутистического спектра и детского типа шизофрении. Оценка полученных данных о патоморфозе и патопластике стереотипий у детей позволяют трактовать их в качестве самостоятельной диагностической категории, независимой психопатологической единицы, выступающей в различных клинических

вариантах. Проанализированы основные патопластические факторы, оказывающие воздействие на клинику стереотипий. Сравнительный анализ клинических особенностей стереотипий при расстройстве аутистического спектра и детском типе шизофрении позволяет рассматривать стереотипии, как дифференциально-диагностический критерий для установления диагноза. В настоящем исследовании решена актуальная для клинической психиатрии задача разработки клинической типологии стереотипий.

Положения, выносимые на защиту

1. Разработанный и валидизированный «Опросник оценки стереотипий у детей» целесообразен к применению в научных целях в области психиатрии для оценки проявлений и динамики стереотипий при РАС и детском типе шизофрении.
2. Стереотипии при детском типе шизофрении не претерпели значительных изменений в форме их проявлений в течение последних десятилетий. Оценка полученных данных о патоморфозе и патопластике стереотипий у детей с РАС позволяют трактовать их в качестве самостоятельной диагностической категории, независимой психопатологической единицы, выступающей в различных клинических вариантах.
3. Выявленные характеристики стереотипий при РАС и детском типе шизофрении позволяют рассматривать их как дифференциально-диагностические критерии в постановке диагноза.
4. Предлагаемая клиническая типология позволяет дифференцировать клинические варианты, определять характер и интенсивность стереотипий у детей с РАС и шизофренией.

Степень достоверности и апробация результатов исследования.

Достоверность результатов исследования основана на достаточном объёме выборок пациентов, изучении репрезентативного клинического материала, осуществленного лично автором.

Решение поставленных задач обеспечено разнообразием использованных методов исследования. Используемая методология соответствовала цели, задачам и определила доказательность полученных результатов и выводов.

Основные положения диссертации были представлены на: Междисциплинарной научно-практической конференции «Социальные и клинические рубежи современной психиатрии и наркологии» (Краснодар, 20 сентября 2023 г.); Международной научно-практической конференции «Три кита ментального здоровья – психиатрия, наркология и психотерапия» (Уфа, 06 октября 2023 г.); Международной научно-практической конференции «Поехали! Фармакотерапия в психиатрической галактике: рациональность или туманность» (Уфа, 13 апреля 2024 г.); Всероссийском конгрессе с международным участием «Психическое здоровье в меняющемся мире» (Санкт-Петербург, 24 мая 2024 г.); Межрегиональной научно-практической конференции «Реабилитация, санаторно-курортное лечение. Настоящее и будущее» (Нальчик, 16 мая 2024 г.); Юбилейной научно-практической конференции, посвященной 130-летию Алексеевской больницы «Наследие и преемственность московской психиатрии» (Москва, 25 мая 2024 г.); Юбилейной Всероссийской Научно-практической конференции с международным участием, посвященной 80-летию Научного центра психического здоровья «Научный центр психического здоровья в пространстве психиатрии: наследие и современные вызовы» (Москва, 07 июня 2024 г.); VIII-ая Школа московского врача-психиатра «Проблемы практической психиатрии» (Москва, 10 октября 2024 г.); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященная 100-летию со дня рождения профессора М.Я. Цуцульковской «Психическое здоровье молодежи в меняющемся мире» (Москва, 12 декабря 2024 г.).

Личный вклад соискателя. Лично автором разработан дизайн исследования и определена его методология, проанализированы литературные источники, проведен клинический осмотр пациентов, разработаны и заполнены индивидуальная регистрационная карта пациента, специальный опросник для оценки проявлений и динамики стереотипий при РАС и детском типе шизофрении, собраны анамнестические сведения, опросник для выявления степени выраженности стереотипий у ребенка и шкала тревоги HADS, заполнена база данных, выполнена статистическая обработка результатов исследования. Автор лично осуществил анализ результатов, обобщил и опубликовал данные, в виде статей, тезисов, монографии и текста диссертации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Диссертационное исследование, посвященное изучению патоморфоза и патопластики стереотипий у детей с РАС и шизофренией, соответствует шифру специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки) по областям исследований: п. 1 - решение задач в области социально-психологических основ психических, наркологических и сексуальных расстройств. Этнические, транскультуральные и онтогенетические, экологические и этологические закономерности развития и течения психических, наркологических заболеваний, сексуальных расстройств; п. 2. - категориальный и дименсиональный подходы к классификации. Общая и частная психопатология; п. 3 - общие патогенетические основы психической патологии, зависимости от психоактивных веществ и нехимических аддикций. Этиология и факторы риска. Роль нейрофизиологических, нейробиологических, генетических, молекулярно-биологических, иммунологических, токсикологических, патоморфологических, конституциональных, индивидуально психологических, психосоциальных и других факторов в патогенезе,

клинике, течении и прогнозе психических и наркологических заболеваний, сексуальных расстройств; п. 4 - клиника психических расстройств, алкоголизма, наркоманий, токсикоманий и нехимических аддикций; п. 5 - диагностические и прогностические критерии и маркеры заболеваний. Диагностика и прогноз ранних проявлений, течения и исхода психических и наркологических расстройств, оценка достоверности, доказательности и эффективности медицинских вмешательств и технологий с помощью математико-статистического моделирования или иных методов оценки; п. 6 - терапия психических и наркологических расстройств. Разработка методов прогноза, маркеров безопасности и эффективности психофармакотерапии и немедикаментозных методов лечения. Изучение процессов адаптациогенеза больных к развитию и течению заболевания; п. 13 - эпидемиология психических и наркологических заболеваний: выявление их распространенности, факторов риска и коморбидности; п. 17 - профилактика психических и наркологических расстройств

Публикация результатов исследования. Основные результаты исследования отражены в 25 научных публикациях, в том числе в научной монографии, 16 статьях в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора наук.

Внедрение результатов исследования. Предложенная в исследовании клиническая типология стереотипий включена в программу обучения ординаторов кафедры неврологии, психиатрии и наркологии Медицинской академии КБГУ им. Х.М. Бербекова. Результаты исследования внедрены в лечебно-реабилитационный процесс общепсихиатрического отделения для детского населения Республиканского клинического центра психиатрии и наркологии Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской республики.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 313 страницах печатного текста, включает введение, 6 глав, заключение, выводы, практические рекомендации, приложения, список сокращений и условных обозначений, библиографический указатель. Работа иллюстрирована 46 таблицами и 10 рисунками. В библиографии 726 источников, из которых 251 - русскоязычный, 475 иностранных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Дизайн, материал и база исследования

Исследование проводилось в несколько этапов.

- На первом этапе (2019-2020 гг.) – поисково-теоретическом – проведен аналитический обзор научной медицинской литературы, оценено состояние проводимых исследований и сформировано направление исследования; определены цель, задачи и дизайн исследования.
- На втором этапе (2021–2022 гг.) – исследовательском – получены и проработаны результаты исследования.
- На третьем этапе (2022-2023 гг.) – проведен анализ и обобщение результатов, полученных в ходе исследования.
- На четвертом этапе (2024 г.) сформулированы выводы.

Выборка исследования сформирована на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» «Психоневрологический диспансер № 15» (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «ПНД № 15») и Государственного казенного учреждения здравоохранения «Психоневрологический диспансер» Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики (ГКУЗ «ПНД» МЗ КБР). В исследование были включены результаты мониторинга эпикризов, амбулаторных карт в период наблюдения пациентов с 1993 по 2020 гг. (в ретроспективной группе). Был предусмотрен 1 визит пациента с

родителем/законным представителем в медицинское учреждение. После подписания информированного согласия родителя/законного представителя пациента, в рамках визита проводился сбор анамнеза, заполнялась индивидуальная регистрационная карта пациента и разработанный и валидированный опросник для оценки проявлений и динамики стереотипий при кататоно-регрессивном расстройстве в детском возрасте от 3 до 10 лет (в кросс-секционной группе).

Выборки представлены 1109 пациентами с кататоно-регрессивным расстройством в ретроспективной (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «ПНД № 15» 611 человек, ГКУЗ «ПНД» МЗ КБР – 498 человек) и 814 пациентов с кататоно-регрессивным расстройством в кросс-секционной группе (ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «ПНД № 15» - 458 человек, ГКУЗ «ПНД» МЗ КБР – 356 человек).

Критерии включения в ретроспективную группу исследования:

-установленный диагноз по МКБ-9: инфантильный аутизм (включает: детский аутизм, синдром Каннера, инфантильный психоз) 299.0; неуточненные психозы, характерные для детского возраста (включают: детский психоз NOS, шизофрения детский тип NOS, шизофренический синдром детского возраста NOS) 299.91.

-установленный диагноз по МКБ-10: другой тип шизофрении F 20.8; синдром Аспергера F 84.5; детский аутизм дизонтогенетический F 84.0; синдром Каннера F 84.01; детский психоз F 84.02; атипичный аутизм синдромальный F 84.11; атипичный детский психоз F 84.12.

Критерии включения в кросс-секционную группу исследования:

- возраст ребенка на момент обследования от 3 до 10 лет (включительно);
- письменное согласие родителей/законных представителей на участие ребенка и личное участие родителей в исследовании;
- установленный диагноз по МКБ-10: другой тип шизофрении F 20.8; синдром Аспергера F 84.5; детский аутизм дизонтогенетический F 84.0;

синдром Каннера F 84.01; детский психоз F 84.02; атипичный аутизм синдромальный F 84.11; атипичный детский психоз F 84.12.

Критерии невключения в исследование:

- установленные тики, компульсивное поведения, патологически привычные действия, манерность, миоклонус, пароксизмальная дискинезия, лицевой гемиспазм, эпилепсия, хорея, поведение при отмене нейролептиков, синдром зеркального движения рук;
- возраст менее 3 и более 10 лет;
- верифицированные генетические аномалии;
- умственная отсталость;
- отказ родителей/законных представителей от участия ребенка и/или личного участия родителей в исследовании.

Критерии исключения:

- отказ родителей/законных представителей от дальнейшего участия ребенка и/или личного участия родителей в исследовании.

Методы исследования

В рамках **клинико-психопатологического исследования** заполнялся разработанный нами «Опросник оценки стереотипий у детей», ориентированный на родителей/законных представителей детей кросс-секционной группы. Опросник состоит из 13 пунктов. Восьмой пункт включает 9 групп стереотипий (в каждой из которых включены стереотипии от 3 до 10 наименований) по возрасту начала и продолжительности каждой из них.

С целью исследования уровня тревоги у родителей, воспитывающих детей с РАС, была проведена психодиагностика с помощью методики самооценки тревоги «Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)», подшкала тревоги.

Клинико-анамнестический метод использовался для выявления факторов, участвовавших в формировании и в развитии стереотипий.

Заполнялась индивидуальная регистрационная карта пациента, проводился сбор анамнеза, оценивалось влияние наследственных, неврологических, социальных и психологических провоцирующих факторов в возникновении и поддержании патологического процесса. Сопоставлялись качественные характеристики стереотипий, особенность их динамики, реакция на изменение внешних обстоятельств, терапевтические вмешательства.

Методом ретроспективного анализа изучена распространенность и особенности течения стереотипий у детей путем мониторинга эпикризов, амбулаторных карт в период наблюдения пациентов с 1993 по 2020 гг.

Клинико-социальный метод с оценкой социально-демографических характеристик позволил изучить среду, в которой развивался исследуемый ребенок. Оценивался возраст и пол детей в исследуемых группах, формы обучения и уровня социальной активности. Было проведено изучение тревожности у родителей детей кросс-секционной группы и ее связь с особенностями проявлений и течения стереотипий у детей.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием Microsoft Excel 2020 и Statistica 10,0. Перед статистическими расчетами все данные были проверены на нормальность распределения с использованием критерия Колмогорова-Смирнова. В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me), максимального и минимального значений, нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3). При сравнении количественных показателей, распределение которых отличалось от нормального, в двух несвязанных группах, использовался критерий Манна-Уитни. При сравнении двух и более данных из несвязанных выборок использовался двухфакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с поправкой Бонферрони на количество измерений, а также критерий

Краскела-Уоллиса. Различие считалось достоверным, когда достоверность случайной разницы не превышала 0,05 ($p < 0,05$). Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента корреляции Пирсона или коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Для интерпретации результатов корреляционного анализа использовалась шкала Чеддока.

Этическая экспертиза

Исследование проводилось в кабинетах медицинского учреждения с соблюдением этических принципов Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (Форталеза, 2013), соответствует требованиям ГОСТ Р 52379-2005 (Надлежащая клиническая практика), не противоречит закону о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании от 2 июля 1992 года № 3185-I, в редакции от 06.04.2011 г. Одобрение планируемого научного исследования утверждено на заседании Локального этического комитета КБГУ им. Х.М. Бербекова (Протокол № 2 от 19.09.2019 г.). «Опросник оценки стереотипий у детей» для изучения проявлений и динамики стереотипий у детей в возрасте от 3 до 10 лет утвержден Независимым этическим комитетом при Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (Протокол № 4 от 20.04.2023 г. № ЭК-И-24/23). Тема исследования утверждена на заседании Локального этического комитета КБГУ им. Х.М. Бербекова (Протокол № 1 от 20.05.2024 г.).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для решения поставленной цели диссертационного исследования была изучена выборка пациентов в количестве 1923 человека, получавших амбулаторную психиатрическую помощь в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения на базе (таблица 1):

- ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «ПНД № 15» (1069 – 55,6% пациентов), из них было проанализировано 611 (55,1%) карт архива (ретроспективная

подгруппа) и 458 (55,1%) анкет пациентов, проходивших лечение на момент проведения исследования (кросс-секционная группа);

Таблица 1 - Общая характеристика выборки исследования

База			ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «ПНД № 15»	ГКУЗ «ПНД» МЗ КБР	Всего
Всего пациентов		абс	1069	854	1923
		%	55.6	44.4	100.0
Ретроспективная	РАС	абс	412	160	572
		%	72.0	28.0	51.6
	Детский тип шизофрении	абс	199	338	537
		%	37.1	62.9	48.4
	Всего	абс	611	498	1109
		%	57.2	58,3	57.7
Кросс-секционная	РАС	абс	385	122	507
		%	75.9	24.1	62.3
	Детский тип шизофрении	абс	73	234	307
		%	23.8	76.2	37.7
	Всего	абс	458	356	814
		%	42.8	41.7	42.3

Примечание (в таблице и далее): абс. – абсолютное количество.

- ГКУЗ «ПНД» МЗ КБР (854 – 44,4% пациента), из них было проанализировано 498 (58,3%) карт архива (ретроспективная подгруппа) и 356 (41,7%) анкет пациентов, проходивших лечение на момент проведения исследования (проспективная группа).

Выборки представлены пациентами с РАС (n=572 в ретроспективной и 507 в кросс-секционной группе) и детским типом шизофрении (n=537 и 307 пациентов в ретроспективной и кросс-секционной группе соответственно), общее количество пациентов - 1923.

Средний возраст пациентов совокупной выборки составил 5,0 ± 1,4 лет (от 3 до 10 лет), из них 561 (29,17%) девочек и 1362 (70,83%) мальчика (таблица 2). Средний возраст пациентов ретроспективной выборки составил 5,1 ±1,4 лет (от 3 до 10 лет). Средний возраст пациентов кросс-секционной выборки составил 4,8 ± 1,5 лет (от 3 до 10 лет).

Таблица 2 - Возрастная характеристика выборки исследования

Группа	Ретроспективная	Кросс-секционная	Общая выборка
Средн. показатель ± стандартн. отклонение, всего	5,1 ±1,4 лет	4,8 ± 1,5 лет	5,0 ± 1,4 лет
P	> 0.05		
Средн. показатель ± стандартн. отклонение, РАС	3,6 ± 1,1 лет	3,7 ± 1,2 лет	3,6 ± 1,3 лет
P	> 0.05		
Средн. показатель ± стандартн. отклонение, Детский тип шизофрении	6,9 ± 1,5 лет	7,3 ± 1,4 лет	7,0 ± 1,4 лет
P	> 0.05		

Примечание (в таблице и далее): p – уровень статистической значимости.

При сравнении пациентов по половым критериям внутри диагностических групп было выявлено, что в группе с диагнозом РАС преобладают пациенты мужского пола (978 – 88,51% пациентов) над женским (127 – 11,49%) (p=0,0001), тогда как среди пациентов с детским типом шизофрении мужской пол регистрировали практически в равной степени с женским – 384 (46,94%) и 434 (53,06%) соответственно (таблица 3).

Таблица 3 - Половая характеристика выборки исследования

Группа	Диагноз	Ретроспективная		Кросс-секционная		Общая выборка	
		абс	%	абс	%	абс	%
Мальчики	РАС	488	44%	490	60,1%	978	50,86%
	Детский тип шизофрении	257	23,2%	127	15,7%	384	19,97%
	Всего	745	67,2%	617	75,8%	1362	70,83%
Девочки	РАС	84	7,6%	43	5,3%	127	6,60%
	Детский тип шизофрении	280	25,2%	154	18,9%	434	22,57%
	Всего	364	32,8%	197	24,2%	561	29,17
Всего пациентов		1109	100%	814	100%	1923	100%

Согласно МКБ-10 пациенты кросс-секционной группы с РАС были разделены на подгруппы пациентов с синдромом Аспергера F 84.5 (11 человек- 2,1%), детским аутизмом дизонтогенетическим F 84.0 (179 человек – 35,3%), синдромом Каннера F 84.01 (52 человека – 10,2%), детским психозом F 84.02 (3 человека – 0,6%), атипичным аутизмом синдромальным F 84.11 (193 человека – 38,2%), атипичным детским психозом F 84.12 (69 человек – 13,6%).

Отягощенный анамнез выявлен у 567 (29,49%) пациентов совокупной выборки (у 289 – 26,06% детей с ретроспективной и у 278 – 34,15 детей с кросс-секционной группы), из них наличие отягощенного семейного анамнеза выявлено у 92 (8,53%) детей с РАС и у 475 (56,28%) детским типом шизофрении.

У детей с РАС выявлен очень высокий уровень наличия сопутствующей психической патологии. Тревога являлся одним из наиболее частых сопутствующих расстройств у детей общей выборки с РАС (24%), из них 19% в ретроспективной и 30,7% в кросс-секционной.

В большинстве анализируемых случаев пациенты с РАС ретроспективной группы посещали дошкольное либо школьное образовательное учреждение – в среднем с 3 лет дошкольное образовательное учреждение и с 6 лет – школьное образовательное учреждение с очной формой обучения. Этот показатель начала обучения статистически значимо был более ранним в сравнении с анализируемым показателем возраста начала организованного учебно-воспитательного процесса в кросс-секционной группе, где посещение образовательного учреждения откладывалось на более поздний возрастной срок – в среднем с 5 лет дошкольное образовательное учреждение и с 8 лет – школьное образовательное учреждение.

В ретроспективной группе в большинстве анализируемых случаев пациенты с РАС (72%) и пациенты с ДТШ (81,2%) посещали дошкольное либо школьное образовательное учреждение интернатного типа.

В большинстве случаев (74,4% пациентов с РАС и 58,9% пациентов с детским типом шизофрении в кросс-секционной группе) на момент проведения исследования получали образование в виде домашней формы обучения. Остальные учились в образовательном учреждении (общеобразовательный класс, ресурсный класс, специализированная школа) с привлечением тьютора, дефектолога и педагога-психолога.

У детей с аутистическими расстройствами заметно отличаются показатели влияния стереотипий на повседневные занятия и общение в зависимости от формы обучения. Тогда как при шизофрении эти отличия незначительные. Так почти 81-му % детей с РАС, которые находятся на домашнем обучении, стереотипии мешают общаться с другими детьми. У детей с РАС, которые учатся в образовательном учреждении, этот показатель составил -37 %.

Стереотипии у детей с РАС случаются очень часто у 79% из всех детей, которые учатся дома и лишь среди 9 % детей, которые получают

образование в школе. При шизофрении частота повторений стереотипий в течение дня не зависит от формы обучения (таблица 4).

Таблица 4 - Распределение пациентов с РАС и ДТШ в зависимости от частоты возникновения стереотипий

Частота	Кросс-секционная (n=814)							
	РАС (n=507)				ДТШ (n=307)			
	абс		%		абс		%	
	дом	учр.	дом	учр.	дом	учр.	дом	учр.
	377	130	74,4%	25,6%	181	126	58,9%	41,1%
редко (1 раз в неделю)	21	82	5,6 %	63%	27	8	14,9%	6,4%
часто (ежедневно)	57	36	15,1%	27,7%	53	33	29,2%	26,2%
очень часто (несколько раз в день)	299	12	79,3%	9,3%	101	85	55,9%	67,4%

Примечание (в таблице и далее): n – количество, учр. – учреждение.

Таким образом, существенное влияние на особенности клиники и течение стереотипий у детей с РАС оказывают такие патопластические факторы, как современная система дошкольного и школьного образования с более дифференцированным и инклюзивным подходом к детям (образовательная среда), возрастание использования методов психолого-педагогической коррекции (социально-психологическая среда).

У детей с РАС ретроспективной группы большая их доля (у 50,3%) была выявлена в более позднем возрасте (от 4 до 5 лет, средний возраст составил 4,8 ± 0,9 лет), тогда как в кросс-секционной группе у большинства пациентов с РАС (у 48,1%) было выявлено более раннее начало стереотипного поведения (со слов родителей) (от 3 до 4 лет, средний возраст составил 3,9 ± 0,8 лет).

У детей с ДТШ ретроспективной группы большая их доля (50,5%) была выявлена так же в более позднем возрасте (от 5 до 6 лет, средний возраст составил 5,9 ± 0,7 лет). В кросс-секционной группе у большинства пациентов с ДТШ (46,3%) начало стереотипного поведения (со слов родителей) было выявлено в возрасте от 5 до 6 лет (средний возраст составил 5,6 ± 0,7 лет).

Самые ранние стереотипии - хождение ребенка на носочках (средний возраст начала в ретроспективной группе пациентов с РАС - 1.8±0.5 лет, в кросс-секционной - 1.5±0.6 лет; средний возраст начала в ретроспективной группе пациентов с ДТШ - 4.8±0.6 лет, в кросс-секционной - 4.3±0.7 лет).

В наибольшей доле выявленных случаев как в ретроспективной, так и в кросс-секционной группе пациентов с РАС стереотипическое поведение выражалось в повторении движений отдельными частями тела или всем телом; эхолалиях; фиксациях на темах, представляющих особый интерес для ребенка; повторяющемся использовании объектов в виде многократного прослушивания одной и той же песни или просмотра одних и тех же видео. В кросс-секционной группе пациентов с РАС наиболее часто двигательные стереотипии сопровождались сознательным воображением образов из компьютерных игр, мультфильмов и фантастических сцен. Таким образом, повсеместное внедрение цифровых технологий в практику общественной жизни, приводящее к росту использования гаджетов и потребления услуг в Интернете оказывает патопластическое влияние на клинику и течение стереотипий (информационная среда).

В группе РАС часто регистрировали сенсорно-двигательные формы стереотипий в виде облизывания предметов (у 71 - 12,4% пациентов в ретроспективной группе и у 65 - 12,8% пациентов в кросс-секционной группе), тогда как среди пациентов с ДТШ в ретроспективной и кросс-

секционной группе эта форма стереотипий не была зафиксирована ни в одном из анализируемых случаев.

В кросс-секционной группе пациентов с РАС чаще регистрировали действия с частями объектов или нефункциональными компонентами игрового материала (у большей доли пациентов регистрировали стереотипии в виде пересыпания песка, переливания воды). Среди пациентов с ДТШ в ретроспективной и кросс-секционной группе эти формы стереотипий фиксировали в менее чем 2% случаев.

В ретроспективной и кросс-секционной группах пациентов с ДТШ чаще регистрировали ограниченность интересов.

У пациентов с РАС в обеих группах выполнение повторяющихся действий вызывало аффект со стороны взрослого. В отличие от этого среди пациентов с ДТШ обеих групп с наличием эмоционально-аффективных форм стереотипного поведения у большей доли пациентов регистрировали стереотипии в виде повторяющихся действий, которые вызывают аффект у самого ребенка.

Среди пациентов с РАС проспективной групп с наличием стереотипий в виде нефункциональных ритуалов и привычек у большей доли пациентов регистрировали стереотипии в виде употребления одной и той же еды (у 412 - 81,3% пациентов) и стереотипии в виде ритуалов отношений (у 476 - 93,9% пациентов). Кроме того, у пациентов с РАС часто регистрировали стереотипии в виде обязательного следования одними и теми же маршрутами: у 234 - 40,9% пациентов в ретроспективной группе и у 288 - 56,8% пациентов в кросс-секционной группе. Среди пациентов с ДТШ в обеих группах анализируемые формы нефункциональных ритуалов и привычек фиксировали в менее чем 30% случаев.

Среди пациентов с РАС и ДТШ обеих групп с наличием стереотипий в виде ограниченных интересов у большей доли пациентов регистрировали стереотипии в виде коллекционирования и игр с одним типом игрушек,

проявления интереса к одной теме в разговоре, в играх, в просмотре фильмов и мультфильмов.

Среди пациентов с ДТШ обеих групп с наличием стереотипий, направленных на самоповреждение, у большей доли пациентов регистрировали стереотипии в виде обкусывания или отрывания ногтей и царапания.

Во всех анализируемых группах стереотипии чаще всего имели сочетанную форму с регистрацией, например, двигательных и речевых ее форм и т.п.

Со временем повторяющиеся действия ребёнка в большинстве анализируемых случаев РАС менялись, приобретая в большей степени вид сложных ритуалов в виде однообразных предпочтений в выборе одежды, открывания и закрывания ящиков, закрывания дверей, включения света, непрерывного разговора об одном и том же и т.д. При ШДС стереотипии оставались в стабильных формах их проявлений ($p > 0,05$).

В обеих группах пациентов с РАС в большей степени провокатором возникновения стереотипий являлась скука (отсутствие дела или утрата интереса к нему), тогда как среди пациентов с ДТШ в обеих группах в большей степени провокатором возникновения стереотипий являлся стресс (состояние напряжения в ответ на стрессор).

Попытки изменений вызывают у ребенка с РАС негативные переживания более интенсивные и «нестандартные» с социальной точки зрения в виде выраженного дискомформа и агрессии, тогда как при ДТШ в большей степени регистрировали нарастание тревожности и страха, а также гнев со стороны ребенка.

В большинстве случаев у детей с РАС стереотипное поведение мешает общаться с другими детьми, тогда как у детей с ДТШ это выражается в большей степени в нарушении организации повседневных занятий. Частота возникновения стереотипий в анализируемых группах

характеризуется их более частыми проявлениями среди детей с РАС (несколько раз в день).

В большинстве случаев ребенка с РАС легко отвлечь или прервать у него стереотипное поведение, тогда как у детей с ДТШ это сделать трудно.

Степень тяжести стереотипий оценивали по шкале от 5 до 15 баллов:

- 5 баллов – легкая степень;

- 6-9 баллов – средняя степень;

- 10-15 – тяжелая степень.

Каждая шкала диагностики представлена критериями, значимыми для оценки степени тяжести стереотипий (таблица 5).

Таблица 5 - Шкала и критерии оценки степени тяжести стереотипий

Шкала	**Критерий**	**Балл**
A. По форме *(1 ответ)*	A1 простые A2 сложные A3 сочетанные	1 2 3
B. По длительности течения *(1 ответ)*	B1 кратковременные B2 временные B3 постоянные	1 2 3
C. По частоте возникновения *(1 ответ)*	C1 редкие C2 частые C3 очень частые	1 2 3
D. По прерываемости *(1 ответ)*	D1 легкопрерываемые D2 труднопрерываемые D3 очень труднопрерываемые D4 непрерываемые	1 2 3 4
E. По влиянию стереотипий на социализацию *(1 ответ)*	E1 не дезадаптирующие E2 дезадаптирующие	1 2

Во всех анализируемых группах пациентов, без какого-либо влияния диагноза была выявлена тяжелая степень течения стереотипий. При этом было выявлено прямое влияние возраста начала проявлений стереотипий (более ранний возраст), пола (мужской), посещения образовательных

учреждений (домашняя форма обучения) на тяжесть проявления стереотипий.

Обобщенные данные анализа степени тяжести стереотипий в группах пациентов представлены в таблице 6.

Таблица 6 - Распределение пациентов с РАС и ДТШ в зависимости от степени тяжести стереотипий

Шкала		**Ретроспективная (n=1109)**		**Кросс-секционная (n=814)**	
		РАС (n=572)	**ДТШ (n=537)**	**РАС (n=507)**	**ДТШ (n=307)**
По форме	Простые	90	125	90	95
	Сложные	251	180	186	180
	Сочетанные	231	232	231	132
	Средний балл	2,24	2,1	2,27	2,7
По длительности течения	Кратковременные	190	25	190	52
	Временные	51	80	51	123
	Постоянные	331	432	266	132
	Средний балл	2,24	2,7	2,26	2,8
Частота возникновения стереотипий	Редкие	210	235	100	205
	Частые	141	124	131	24
	очень частые	221	178	276	78
	Средний балл	2,0	1,9	1,9	1,8
По прерываемости	Легкопрерываемые	86	30	86	40
	Труднопрерываемые	251	180	201	70
	очень труднопрерываемые	231	232	216	132
	Непрерываемые	4	95	4	65
	Средний балл	2,26	2,7	2,3	2,6
Влияние стереотипий на социализацию	не дезадаптирующие	181	57	151	127
	Дезадаптирующие	391	480	356	180
	Средний балл	1,68	1,7	1,64	1,58

Общий средний балл степени тяжести стереотипий	10,42	11,1	10,37	11,48
Уровень степени тяжести стереотипий	тяжелая	тяжелая	тяжелая	тяжелая

С учетом выявленных проявлений патоморфоза и патопластики стереотипий при РАС установлены дифференциально-диагностические характеристики стереотипий при РАС и шизофрении у детей: среди пациентов с РАС преобладают мальчики, распространенность шизофрении в обследованной выборке не зависит от пола; стереотипии у детей с РАС впервые выявляются в возрасте 3,6 ±1,3 года, при шизофрении в 5,7±1,4 года; наследственность по психическим заболеваниям выявлена у 8,53% детей с РАС и у 56,28% детей с шизофренией; у детей с РАС высокий уровень сопутствующих заболеваний в отличие от детей с шизофренией (тревога являлся одним из наиболее частых сопутствующих расстройств у детей общей выборки с РАС (24%)); стереотипное поведение у детей с РАС наиболее часто направлено на действия с частями объектов или нефункциональными компонентами игрового материала, при шизофрении стереотипии чаще встречаются в виде ограниченности интересов; со временем повторяющиеся действия ребенка с РАС в большинстве анализируемых случаев менялись, при шизофрении стереотипии оставались в стабильных формах их проявлений; частота проявления стереотипного поведения в течение дня у детей с РАС выше, чем у детей с шизофренией; в большинстве случаев ребенка с РАС легко отвлечь или прервать его стереотипное поведение, тогда как у детей с шизофренией это сделать трудно.

В рамках данного исследования определялся уровень тревоги у родителей, воспитывающих детей с РАС, и влияния степени тяжести стереотипий у этой группы детей на уровень тревоги их родителей. С этой целью были использованы результаты опроса родителей (507 человек),

воспитывающих детей с РАС. Была проведена психодиагностика с помощью методики самооценки тревоги «Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)», подшкала тревоги.

Большая доля детей с РАС (64,5%) характеризуется ежедневными стереотипиями с трудным отвлечением или прерыванием стереотипного поведения (у 56,8%), которые мешают ребенку общаться с другими детьми (в 89,55% случаев), с родителями и родственникам (в 76,73% случаев), что также мешает насущным занятиям детей (в 83,23% случаев). Большая доля родителей детей с РАС (47,93%) характеризуется клинически умеренно выраженной тревогой.

Проведенное исследование зависимости выраженности тревоги родителей от степени выраженности стереотипий у детей показало наличие статистически значимой (p=0,0001) тесной связи влияния степени тяжести стереотипий на уровень тревоги у родителей при r=0,819 (рисунок 1).

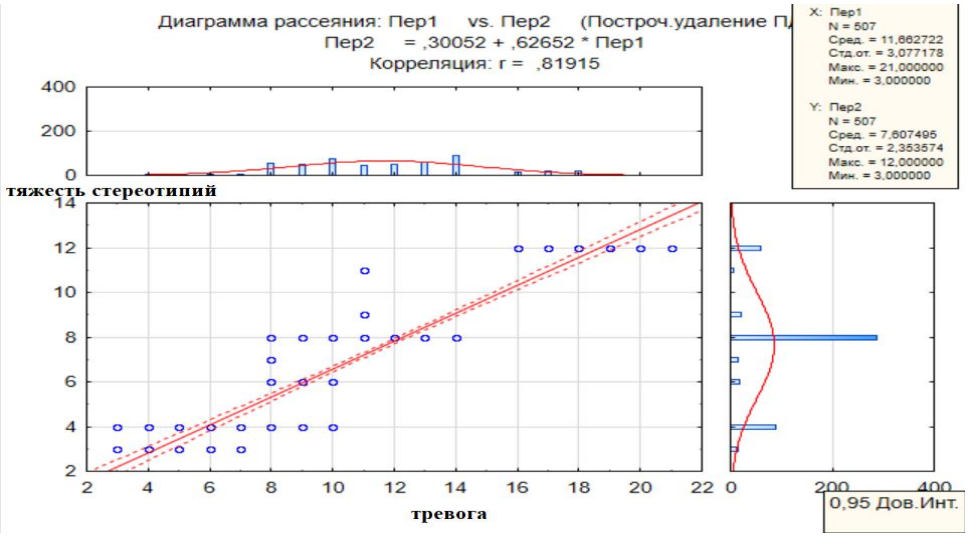

Рисунок 1 - Корреляционная диаграмма влияния степени тяжести стереотипий на уровень тревоги у родителей

Анализ клинико-динамических характеристик стереотипного поведения у детей с РАС и шизофренией в ретроспективной и кросс-

секционной группах позволил нам сформировать следующие классификационные группировки стереотипий (таблица 7).

Таблица 7 - Клиническая классификация стереотипий

I. По этиологии	дизонтогенетические	связанные с нарушениями индивидуального развития организма
	психогенные	имеющие психическое или эмоциональное происхождение, обусловленный психотравмой
	энцефалопатические	развившиеся вследствие различных неврологических заболеваний
	Смешаные	
II. По степени тяжести (сумма баллов по разделам III, IV, VII, VIII, IX)	Легкая	5 баллов
	Средняя	6-9 баллов
	Тяжелая	10-15 баллов
III. По форме:	Простые	типичные, элементарные однокомпонентные действия (1 балл)
	Сложные	необычные, ритуалоподобные, сложноорганизованные действия (2 балла)
	сочетанные (*комбинированные*)	сочетание простых и/или сложных стереотипий у одного ребенка (3 балла)
IV. По длительности течения:	кратковременные *(транзиторные, острые)*	стереотипные действия, не имеющие функционального значения и однократно возникающие в стрессовых ситуациях (1 балл)
	временные (*неустойчивые,*	стереотипные действия, наблюдающиеся на

	непостоянные)	протяжении менее года (2 балла)
	постоянные *(стойкие, хронические)*	стереотипные действия, встречающиеся у ребенка на протяжении не менее года (3 балла)
V. По распространенности:	часто встречающиеся	стереотипные действия, встречающиеся у многих детей
	редко встречающиеся	встречаются у небольшого количества детей
	крайне редко встречающиеся	встречаются у очень небольшого количества детей.
VI. По механизму управления:	самостимулирующие	возникают от недостатка внешних стимулов
	саморегулирующие	возникают от избытка внешних стимулов
VII. По частоте:	Редкие	1 раз в неделю (1 балл)
	Частые	ежедневно (2 балла)
	очень частые	несколько раз в день (3 балла)
VIII. По прерываемости:	легкопрерываемые	попытки прекращения повторяющихся действий со стороны взрослых не приводят к появлению агрессивного и другого нежелательного поведения у ребенка (1 балл)
	труднопрерываемые	попытки заставить ребенка прекратить действие могут привести к появлению агрессивного и другого нежелательного поведения (2 балла)
	очень труднопрерываемые	при попытке отвлечь ребенка от повторяющихся действий он начинает плакать, кричать, проявлять агрессию более интенсивно и «нестандартно» с социальной точки зрения (3 балла)

	непрерываемые	ребенок не совершает повторяющиеся действия только во время сна (4 балла)
IX. По влиянию на социализацию:	не дезадаптирующие	не препятствуют повседневной активности ребенка, его обучению и социализации (1 балл)
	дезадаптирующие	препятствуют повседневной активности ребенка, его обучению и социализации (2 балла)
X. Клинические варианты:	кинестетические	однообразные, неоднократно повторяющиеся движения без какой-либо конкретной цели, попытки их прекращения со стороны взрослых могут привести к появлению агрессивного и другого нежелательного поведения у ребенка
	Оральные	произвольные повторяющиеся движения губами, языком, не связанные с повреждением структур мозга, наблюдающиеся на протяжении, по крайней мере, нескольких месяцев, не соответствующие возрастным нормам развития ребенка
	Сенсорные	повторяющиеся движения, не связанные с тем, что ребенок живет в условиях «обедненной среды», то есть среды, в которой он не получает достаточное количество зрительных, слуховых, осязательных и прочих стимулов
	фрагментарные	стереотипные действия с частями объектов или нефункциональными компонентами игрового

		материала вызваны нарушением «центрального св язывания» — способности связать детали в общую картину вследствие фрагментарности восприятия ребенка
	узкосюжетные	произвольные действия с игрушкой во время игры совершаются только определенным образом или разыгрывается повторяющийся сюжет, наблюдающийся на протяжении, по крайней мере, нескольких месяцев. Попытки изменить действие могут привести к появлению агрессивного и другого нежелательного поведения
	аффективные	произвольные, «нестандартные», не соответствующие возрастным нормам развития ребенка действия, которые вызывают аффект либо у самого ребёнка, либо у других людей, продолжающиеся на протяжении, по крайней мере, нескольких месяцев и не меняющиеся при попытке внешнего воздействия
	речевые	бессмысленные частые повторения, не направленные на выполнение социально значимой функции — например, на общение с другими людьми
	монотропные	интенсивные, особые интересы и стремление сосредоточиться на интересующем занятии при одновременном исключении из внимания других тем. Узкая сфокусированность,

		одержимость, поглощенность ребенка чем-то. Наблюдается на протяжении длительного периода времени (по крайней мере, нескольких месяцев). Отмечаются выраженные проблемы поведения при переключении внимания ребенка на что-то другое
	самоповреждения	непроизвольные стереотипии, которые часто монотонны и носят ритмичный характер, могут повторяться строго по определенной схеме, лишены смыслового содержания или какой-либо содержательности. Невозможность осуществить, попытки прервать подобное поведение из вне приводят к усилению аутоагреагрессии или проявлениям гетероагрессии
XI. Психопатологический тип стереотипий:	преходящий непатологический феномен	возникают в ответ на тот или иной специфический стимул и несут компенсаторную функцию, связанную с питанием, сном, исследовательским или очищающим поведением
	условно патологическое поведение	относительно автономная система поведения, осуществление которой стало потребностью (индивидуальные привычки)
	патологическое привычное действие	повторяющиеся стереотипы, дополняясь условнорефлекторными связями, приобретают функциональную автономию и сохраняются в силу отсутствия достаточных стимулов для альтернативного поведения
	собственно	повторяющиеся действия

	психопатологический феномен	возникают в возрасте свыше 3 лет, преобладая над другими формами поведения, прежде всего, над игровой деятельностью

Таким образом, стереотипии можно рассматривать, как предиктор психического неблагополучия ребенка и дифференциально-диагностический критерий в постановке диагноза РАС или шизофрения у детей. Корректное и своевременное определение стереотипного поведения, как патологического, важно для разработки рациональных терапевтических мер, что в свою очередь, окажет влияние на развитие, динамику и курабельность проявлений основного заболевания.

Выводы

1. Разработанный и валидизированный «Опросник оценки стереотипий у детей» продемонстрировал хорошую внутреннюю согласованность (α-Кронбаха - 0,83), высокую надежность *(rt* - 0,87) и хорошую критериальную валидность (*r* - 0,76).

2. Оценка клинических характеристик стереотипий у детей с РАС за период 1993 – 2022 гг. показала их более раннее начало (средний возраст - 3,9 ± 0,8 лет), изменение частоты встречаемости различных типов стереотипного поведения, их усложнение с преобладанием сочетанных форм (у 91,9%) в результате патопластического влияния информационной, образовательной и социально-психологической среды ($p<0,05$). Оценка клинических характеристик стереотипий при детском типе шизофрении за тот же период показала, что стереотипии не претерпели значительных изменений в форме их проявлений ($p>0,05$).

3. При РАС стереотипии чаще встречались у пациентов мужского пола (88,51%), тогда как среди пациентов с детским типом шизофрении стереотипии регистрировали практически в равной степени у обеих полов (46,94% у мальчиков и 53,06% у девочек).

4. Выявлены статистически достоверные различия возраста начала стереотипий: при РАС стереотипии впервые выявляются в возрасте 3,9 ±0,8 лет (p=0,005), при детском типе шизофрении - в возрасте 5,6±0,7 лет (p=0,007).

5. В кросс-секционной группе психически отягощенная наследственность у детей со стереотипиями при РАС выявляется в 7 раз чаще, чем среди исследуемых детей с шизофренией (8,53% и 56,28%). При этом у детей со стереотипиями при РАС часто регистрируется сопутствующее психическое расстройство (наиболее часто выявляется тревога – 24%), а у детей с детским типом шизофрении отмечается невысокий уровень сопутствующей психической патологии (наиболее часто выявляется перенесенный стресс – 7,5%).

6. Стереотипное поведение у детей с РАС в форме действий с частями объектов в кросс-секционной группе встречается на 115% чаще и имеет тенденцию к изменению в 91,9% случаев. Как в ретроспективной (98%), так и кросс-секционной (100%) группах пациентов с шизофренией стереотипии наиболее часто встречались в виде ограниченности интересов и оставались в стабильных формах их проявлений (изменения в 8% случаев).

7. У детей с РАС стереотипии отмечаются очень часто в течение дня (42,8%), при этом в большинстве случаев ребенка легко отвлечь или прервать его стереотипное поведение (54%). У 46% детей с шизофренией стереотипии встречаются часто в течение дня, при этом в большинстве случаев ребенка трудно отвлечь или прервать его стереотипное поведение (49%).

8. Предложена клиническая типология стереотипий, классифицирующая их по существенным признакам: по этиологическим, по степени тяжести, по форме, по длительности течения, по распространенности, по механизму управления, по частоте, по

прерываемости, по влияния на социализацию, по клиническому варианту течения, по психопатологическому типу стереотипий.

Практические рекомендации

1. При дальнейшем изучении патопластики и патоморфоза психических заболеваний рекомендуется применение подхода, представляющего собой совокупность изучения данных медицинской документации и результатов «Опросника стереотипий у детей», использованного в настоящем исследовании.
2. Полученные с учетом проявлений клинического патоморфоза дифференциально-диагностические характеристики стереотипий у детей в раннем возрасте необходимо учитывать при постановке диагноза РАС или шизофрения у детей.
3. Рекомендовано применение предложенных классификационных группировок стереотипий для корректного определения РАС или шизофрении у детей и разработки рациональных терапевтических и реабилитационных мер.
4. Результаты исследования рекомендовано использовать при подготовке клинических ординаторов и аспирантов на кафедрах психиатрии ВУЗов и специализированных научных центров, включить в программы последипломного образования врачей-психиатров, врачей-педиатров, врачей-неврологов, клинических психологов, а также использовать в их практической деятельности.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах:

1. Аттаева, Л.Ж. Стереотипии у детей / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Социальная и клиническая психиатрия. - 2021.- Т. 31, № 2. - С. 79-85 (РИНЦ, Перечень ВАК, К1).

2. Аттаева, Л.Ж. Современные взгляды на патоморфоз и патопластические факторы стереотипий в детском возрасте / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Российский психиатрический журнал. - 2023. - № 4. - С. 84–90. https://doi.org/10.34757/1560-957X.2023.27.4.009 (РИНЦ, Перечень ВАК, Scopus Q4, К1).

3. Аттаева, Л.Ж. Разработка и валидация опросника для оценки патоморфоза и патопластики стереотипий при расстройствах аутистического спектра и шизофрении в детском возрасте / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 2023. – Т. 57, № 4. – С. 100-110. http//doi.org/10.31363/2313-7053-2023-4-838 (РИНЦ, Перечень ВАК, Scopus Q4, К1).

4. Аттаева, Л.Ж. Патопластика и патоморфоз стереотипий: современные представления / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Психиатрия. – 2023. – Т. 21, № 4. – С. 94–102. https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-4-94-102 (РИНЦ, Перечень ВАК, Scopus Q4, К2).

5. Аттаева, Л.Ж. Стереотипии у детей с расстройствами аутистического спектра как фактор риска развития тревожных расстройств у их родителей / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров, А.А. Сединкин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2023. – Т. 121, № 4. - С. 30-36. https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-30-36 (РИНЦ, Перечень ВАК, К2).

6. Аттаева, Л.Ж. Клинико-динамические характеристики стереотипий при кататонии в детском возрасте / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Вопросы

психического здоровья детей и подростков. – 2023. – Т. 23, № 4. – С. 4-10 (РИНЦ, Перечень ВАК, К2).

7. Аттаева, Л.Ж. Клинические и динамические особенности стереотипий при расстройствах аутистического спектра и шизофрении в детском возрасте / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Психическое здоровье. — 2024. — Т. 19, № 2. — С. 51-55. https://doi.org/10.25557/2074-014X.2024.02.51-55 (РИНЦ, Перечень ВАК, К2).

8. Аттаева, Л.Ж. Региональные особенности статистических и эпидемиологических показателей заболеваемости аутизмом в России / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2024. – Т. 24, № 1. – С. 94-98. (РИНЦ, Перечень ВАК, К2).

9. Аттаева, Л.Ж. Региональные аспекты формирования заболеваемости аутизмом в Кабардино-Балкарской республике / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Медицинский алфавит. – 2024. – Т. 1, № 2. - С. 53-58. https://doi.org/10.33667/2078-5631-2024-2-53-58 (РИНЦ, Перечень ВАК, К2).

10. Аттаева, Л.Ж. Метаанализ заболеваемости шизофренией у детей и подростков: концептуальные и методологические аспекты / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2024. – Т. 51, № 2. – С. 33-39. (Перечень ВАК, К3).

11. Аттаева, Л.Ж. Региональные особенности эпидемиологических показателей распространенности расстройств шизофренического спектра и аутизма у детей и подростков в России / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Сибирский научный медицинский журнал. – 2024. – Т. 44, № 3. – С. 191-198. https://doi.org/10.18699/SSMJ20240321 (Перечень ВАК, Scopus Q4, К1).

12. Аттаева, Л.Ж. Анализ распространенности шизофрении и шизотипического расстройства у детей и подростков в отдельных регионах России / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Социальная и клиническая психиатрия. – 2024. – Т. 34, № 2. – С. 43-54 (РИНЦ, Перечень ВАК, К1).

13. Аттаева, Л.Ж. Клинико-темпоральные характеристики стереотипий при аутизме и шизофрении в детском возрасте (на примере мегаполиса и региона в России) / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Психическое здоровье. – 2024. – Т. 19, № 7. – С. 52-55. https://doi.org/10.25557/2074-014X.2024.07.52-55 (РИНЦ, Перечень ВАК, К2).

14. Аттаева, Л.Ж. Течение стереотипий у детей в условиях инклюзивного образования / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Психическое здоровье. – 2024. – Т. 19, № 10. – С. 11-16. https://doi.org/10.25557/2074-014X.2024.10.11-16 (РИНЦ, Перечень ВАК, К2).

15. Аттаева, Л.Ж. Инклюзивное образование как патопластический фактор, влияющий на течение психических заболеваний у детей / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2024. – Т. 24, № 3. – С. 56-63 (РИНЦ, Перечень ВАК, К2).

16. Аттаева, Л.Ж. Фармакотерапия стереотипий при аутизме / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Психиатрия. – 2024. – Т. 22, № 5. – С. 87–93. https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-5-85-91 (РИНЦ, Перечень ВАК, Scopus Q4, К2).

Научные монографии:

17. Аттаева, Л.Ж. Стереотипии у детей: патоморфоз, патопластика, клиническая типология / Л.Ж. Аттаева. – Москва: КнигИздат, 2024. – 182 с. (500 экз.). – ISBN 978-5-4492-0638-1. – EDN ALDFXE.

Другие научные публикации:

18. Аттаева, Л.Ж. Корреляционное исследование влияния степени тяжести стереотипий у детей с ранним детским аутизмом и расстройством аутистического спектра на развитие тревожных расстройств у их родителей / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии в современных условиях. Мат-лы межрегиональных научно-практических конференций, Чита – Петропавловск-Камчатский, 08.06.2023

г. – 15.09.2023 г. / Под ред. С.В. Шпорт, А.В. Сахарова. – С. 20-24. https://elibrary.ru/item.asp?id=54398113

19. Аттаева, Л.Ж. Исследование влияния степени тяжести стереотипий у детей с расстройством аутистического спектра на развитие тревожных расстройств у их родителей / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Четвертые Корниловские чтения. Клинический полиморфизм экзогенно-органических психических расстройств. Диагностика, лечение и профилактика: сборник тезисов межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти профессора А.А. Корнилова (Кемерово, 18 октября 2023 г.) / Под ред. Н.А. Бохана. Томск, Кемерово: ООО «Интегральный переплет», 2023. - С. 8-10.

20. Аттаева, Л.Ж. Особенности развития тревожных расстройств у лиц, воспитывающих детей с РАС (со стереотипиями) / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Сборник тезисов XI Юбилейного Всероссийского ежегодного психиатрического Форума с научно-практической конференцией, посвященного 25-летию кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии РУДН им. Патриса Лумумбы «Патогенез, диагностика и лечение психических расстройств: шаги вперёд», Москва, 20-21 октября 2023 г. — Москва: ООО «Синапс», 2023. - С. 9-11.

21. Аттаева, Л.Ж. Влияние стереотипий у детей с расстройством аутистического спектра на развитие тревожных расстройств у их родителей / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Психическое здоровье семьи: российские традиции и современные подходы к оказанию помощи: Материалы мультидисциплинарной конференции, проводившейся в рамках программы XXXII Международных Рождественских образовательных чтений «Православие и отечественная культура: потери и приобретения минувшего, образ будущего», Москва, 26 января 2024 года. – Москва: ООО «Скифия-принт», 2024. – С. 156-158. – DOI 10.24412/cl-37257-2024-1-156-158 – EDN SMZZNQ

22. Аттаева, Л.Ж. Клинико-динамические характеристики стереотипий у детей при расстройствах аутистического спектра / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Психическое здоровье семьи: российские традиции и современные подходы к оказанию помощи: Материалы мультидисциплинарной конференции, проводившейся в рамках программы XXXII Международных Рождественских образовательных чтений «Православие и отечественная культура: потери и приобретения минувшего, образ будущего», Москва, 26 января 2024 года. – Москва: ООО «Скифия-принт», 2024. – С. 159-161. – DOI 10.24412/cl-37257-2024-1-159-161 – EDN DFQRYM

23. Аттаева, Л.Ж. Урбанизация, экологические, информационные и социокультуральные особенности современности, как патопластические факторы психических расстройств / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Психическое здоровье в меняющемся мире: Сборник тезисов. Электронное издание, Санкт-Петербург, 23–24 мая 2024 года. – Санкт-Петербург: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2024. – С. 69-70. – EDN IGYJLX.

24. Аттаева, Л.Ж. Роль межпрофессионального континуума в профилактике психического неблагополучия у детей раннего возраста / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Омский психиатрический журнал. – 2024. – Т. 41, № 3. – С. 6-14.

25. Аттаева, Л.Ж. Стереотипное поведение как дифференциально-диагностический критерий для постановки диагноза шизофрения или ранний детский аутизм у детей / Л.Ж. Аттаева, И.В. Макаров // Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику с международным участием: Тезисы докладов IV Всероссийской конференции молодых ученых памяти профессора П.В. Морозова, Москва, 29 ноября 2024 года. – М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2024. – С. 13-14. – DOI 10.48612/cgma/arr1-3p77-92ru

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВАК – высшая аттестационная комиссия

ГБУЗ – государственное бюджетное учреждение здравоохранения

ГКУЗ – государственное казенное учреждение здравоохранения

ГОСТ – государственный стандарт

ДЗМ – Департамент здравоохранения г.Москвы

ДТШ – Детский тип шизофрении

КБГУ – Кабардино-Балкарский государственный университет

КБР – Кабардино-Балкарская республика

МЗ – министерство здравоохранения

МКБ – международная классификация болезней

ПКБ – психиатрическая клиническая больница

ПНД – психоневрологический диспансер

РАС – расстройства аутистического спектра

РИНЦ – Российский индекс научного цитирования

соавт. – соавторы

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of mental disoders

et al. – и другие

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

Me – mediana

Q1 – нижний квартиль

Q3 – верхний квартиль