

УДК 616.896-07-085-053.2

*Ряполова Т.Л.***НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АУТИЗМОМ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, интеллектуальная недостаточность, умственная отсталость, психолого-педагогическое сопровождение

При консультировании детей и подростков в возрасте от 2 до 18 лет нередко приходится сталкиваться с разнообразными трудностями, прежде всего это касается аутистических расстройств. Диагноз – с одной стороны, лишь формальность, с другой стороны, при его наличии возникает огромное количество важнейших для развития ребенка и его адаптации проблем, связанных с медикаментозной терапией, организацией адекватной коррекционной помощи, определением формы и места обучения, стигматизацией и целым рядом социальных, в том числе, внутрисемейных проблем. Последние годы характеризуются возникновением так называемого «аутистического бума» с колоссальным ростом показателей распространенности аутизма в мире. По данным V. Lotter в 1966 г. аутизм выявлялся в 4,5 случаев на 10 000 детей [1], по последним же данным Всемирной организации здравоохранения [2], для Европы медианный показатель распространенности аутизма составляет 61,9/10 000 (диапазон 30,0-116,1/10 000), а для стран Америки - 65,5/10 000 (диапазон 34-90/10 000 детского населения). Рост аутизма объясняется как расширением диагностических критериев и увеличением количества исследований, так и повышением информированности о данном расстройстве среди населения и, как следствие, повышением обращаемости [3]. При этом ряд авторов придерживаются мнения об основной роли в росте числа детей с диагнозом аутизма его гипердиагностики: нередко такой диагноз устанавливают детям с задержками развития и аутистически подобным поведением при ранних резидуально-органических поражениях ЦНС, при затяжных невротических, циклотимных и циклотимоподобных депрессиях в младенческом и младшем школьном возрасте, при ранней манифестации шизофрении [4, 5]. Этому способствует и несовершенство МКБ-10, где кардинальными признаками детского аутизма являются нарушения социального взаимодействия и качественные нарушения мышления, что

применимо и к «органическому аутизму», и к постпроцессуальным личностным расстройствам после перенесенного раннего детского эндогенного приступа, и к клиническим проявлениям риска заболеваний шизофренического спектра в виде шизотипического диатеза [6, 7]. В последние годы проблема диагностики аутизма и его сочетанных с умственной отсталостью форм в нашем регионе приобрела особую остроту в связи с несовершенством психолого-педагогического сопровождения детей с таким диагнозом, поскольку выбор образовательной траектории определяется в основном уровнем интеллектуального развития ребенка, а диагноз аутизма автоматически выводит его из коллектива путем определения индивидуальной формы обучения и совершенно не влияет на выбор методических решений. Целью настоящей работы является попытка систематизировать имеющиеся диагностические и организационные проблемы в отношении детей с аутизмом и интеллектуальной недостаточностью и наметить пути их решения.

Понятие «аутизм» было предложено E. Bleuler при описании симптомов шизофрении, который обозначил данный термин как «активный уход из внешнего мира и преобладание внутренней жизни», сосредоточенность на внутренних, по большей части аффективных, переживаниях и представлениях [8]. Существуют определенные разночтения в понимании аутизма в общей психопатологии и в детской психиатрии. E. Bleuler 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 [9].

По L. Kanner, аутизм у детей — сложный симптомокомплекс с проявлениями крайней самоизоляция

ции, стереотипных интересов и действий, коммуникативных расстройств речи, протодиакриза, возникающий у ребенка в первые годы жизни. Описывая детей с аутизмом, L. Kanper отмечал: «Хотя большинство детей временами выглядели слабоумными, у них бесспорно хороший когнитивный потенциал... поразительный словарь говорящих детей, прекрасная память на события даже нескольких лет давности. Феноменальная механическая память на стихи и имена вместе с педантичным воспроизведением сложных паттернов и последовательностей указывают на хороший интеллект в том смысле, в каком это слово вообще употребляется» [10].

Важным в классической работе Н. Asperger [11] является указание на необходимость рассматривать наряду с конкретным типом аутизма разнообразные подтипы, комбинации. Это в полной мере относится к интеллектуально развитым аутистам, в особенности к тем, чьи умственные способности превосходят средний уровень. «В подавляющем большинстве случаев они достигают довольно многого в профессиональном отношении, следствием чего является и хорошая социальная адаптация».

Развитие взглядов в отечественной психиатрии с 70-х гг. характеризовалось трактовкой аутизма Каннера как шизофренического постприступного расстройства [12] и синдрома Аспергера как конституциональной патологии характера аутистического типа или аутистического дизонтогенеза [6]. Значительное влияние на дальнейшее изучение проблемы оказала работа L. Wing [13]. Автор подчеркивала, что аутизм, который является, по сути, гетерогенным психическим расстройством, невозможно охватить несколькими статичными критериями. Его клиническая картина характеризуется возрастной изменчивостью и сильными индивидуальными различиями. Ею было выдвинуто представление об аутистическом спектре расстройств с различной степенью тяжести по уровню развития, социальному взаимодействию, коммуникативности, поведению.

В современной детской психиатрии аутизм описывается как нарушение психологического развития, характеризующееся аутистической формой контактов с окружающими, расстройствами речи и моторики, стереотипностью деятельности и поведения, приводящими к нарушению социального взаимодействия. В МКБ-10 вслед за американской классификацией DSM-IV-R аутизм относится к разделу «Общие (первазивные) нарушения психического развития» (F84.0), которые определяются как группа расстройств, характеризующаяся качественными аномалиями в социальном взаимодействии и

общении и ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и деятельности. Термин «первазивные», введенный в 1987г. в DSM-III-R Американской Психиатрической Ассоциацией (APA), считается неудачным, поскольку в большей мере подчеркивает искажения психического развития и как бы нивелирует структуру аутистических состояний, выводит за рамки основного определения такой главный признак как аутизм [14].

Согласно классификация аутистических расстройств у детей НЦПЗ РАМН (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 [6, 15, 16]. 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 [6].

Содержательным стержнем аутизма как клинического синдрома является недостаточность общения, неконтактность. Л. Каннер указывал на следующие критерии диагностики описанного им расстройства:

- 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) эхолалии;
- 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) однообразии спонтанной активности;
- 14) монотонные механические игры с неигровыми предметами;
- 15) впечатление хорошего интеллекта благодаря успешности в отдельных навыках и умному вы-

ражению 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 [17].

Критерии диагностики аутистических расстройств МКБ-10 (1994) [18]:

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).

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.

Несмотря на отсутствие в используемой на данный момент классификацией МКБ-10 термина «расстройства аутистического спектра», предложенного L. Wing в 1997г. [19], последний активно используется детскими психиатрами без четкой дефиниции данного понятия. С нашей точки зрения, даже исходя из современных диагностических и клинических критериев, аутизм – спектральное расстройство, поскольку включает разнородные по вариантам возникновения, протекания и сочетания клинико-психологические и социальные признаки (F84.0 Детский аутизм, F84.1 Атипичный аутизм (F84.01 с УО, F84.02 без УО), F84.2 Синдром Ретта, F84.3 Дезинтегративное расстройство, F84.4 Гиперактивное расстройство с УО и стереотипиями, F84.5 Синдром Аспергера, F89-89 Другие и не уточненные расстройства психологического развития), а проявления заболевания сильно различаются в зависимости от тяжести аутизма, уровня развития и хронологического периода (нарушения поведения, речи, когнитивные проблемы, эмоционально-волевые нарушения).

«Руководство по диагностике и статистике психических расстройств» пятого пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V) [20], разработанное и опубликованное Американской Психиатрической Ассоциацией (American Psychiatric Association) 18 мая 2013 года, описывает расстройство аутистического спектра (РАС) (Autism Spectrum Disorder, ASD) 299.00 (F84.0) как спектр психологических характеристик, описывающих широкий круг аномального поведения и затруднений в социальном взаимодействии и коммуникациях, а также жёстко ограниченных интересов и часто повторяющихся поведенческих актов и исключает деление на аутизм (синдром Каннера), синдром Аспергера, детское дезинтегративное расстройство и неспецифическое первазивное нарушение развития. В DSM-5 обеспечена замена концепции дуализма рас-

стройства на концепцию «спектра», при этом формализована концепция «спектра», предложенная Лорной Винг, считавшей синдром Аспергера подкатегорией унифицированной категории расстройств аутистического спектра [19]. В диагностических критериях представлены классические симптомы, касающиеся двух сфер: дефицит навыков социальной коммуникации и ограниченные повторяющиеся модели поведения, сочетающиеся с гипер- или гипореактивностью к сенсорным сигналам или необычным интересом к сенсорным аспектам окружающей среды. С нашей точки зрения, весьма важным в DSM-V является введение дополнительной классификации степени тяжести с разделением на категории: «нуждается в поддержке», «нуждается в значительной поддержке», «нуждается в очень значительной поддержке». В дополнительный указатель входят особенности, касающиеся индивидуальных характеристик клинических проявлений и возможных причин РАС (с/без сопровождающейся умственной отсталостью (задержкой развития); с/без сопровождающимся дефектом (нарушением речи); нарушение, связанное с медицинским состоянием, или генетикой, или известным фактором окружающей среды; расстройство, связанное с нарушением развития, поведения, умственных или иных способностей неврологического характера; с/без кататонией(и)). Это является явным преимуществом DSM-V в сравнении с предыдущими классификациями, поскольку позволяет, наряду с указанием степени тяжести расстройства, максимально персонифицировать диагноз больного с аутизмом, в том числе, с учетом его интеллектуальных особенностей.

В метаанализе А. Witwer и L. Lecavalier (2008) по результатам 22 исследований, опубликованных в период с 1994 по 2006 год, рассмотрена обоснованность выделения трех подтипов аутистических расстройств по DSM-IV-R (детский аутизм, синдром Аспергера и первазивное расстройство развития без дополнительных уточнений 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 [21].

Таким образом, термин «расстройства аути-

стического спектра» (РАС) используется для обозначения группы состояний, связанных с нарушениями нейроразвития и характеризующихся качественными отклонениями в реципрокном социальном взаимодействии, вербальной и невербальной коммуникации, а также ограниченными стереотипными или повторяющимися формами поведения, интересами и движениями.

При РАС ведущим дизонтогенетическим механизмом является асинхрония развития, а сам аутизм считается клинической моделью искаженного психического развития [22]. В то же время, клиническая практика подтверждает, что при РАС нередко встречаются той или иной степени признаки других видов психического дизонтогенеза, чаще всего - общего психического недоразвития (умственная отсталость). Ввиду этого РАС относится к нарушениям со сложной структурой дефекта, взаимосвязь аутизма и умственной отсталости (УО) является одним из важнейших аспектов исследования проблемы коморбидности при аутизме и, наконец, этот вопрос имеет определяющее прикладное значение, так как в значительной мере определяет маршрут психолого-педагогического сопровождения ребенка с аутизмом.

Единого мнения о наличии взаимосвязи между аутизмом и умственной отсталостью нет. У ряда исследователей существует убежденность, что «для большинства индивидов с аутизмом показатели IQ находятся в пределах разброса, свойственного умственной отсталости и в основном стабильны во времени» [23, 24]. В работах Р. Гудмана, С. Скотта (2008) и Т. Питерса (1999) приводятся данные о том, что примерно у 50% людей с аутизмом имеется умеренная (или более выраженная) умственная отсталость, у 25% - легкая умственная отсталость, а у 25% коэффициент интеллектуального развития (IQ) остается в пределах нормы [25, 26]. По мнению С. Gillberg, Е. Fernell (2014), аутизм и умственная отсталость коморбидны, причем патогенетически не связаны [27]. В итоговом документе IX европейского конгресса по проблемам аутизма (Катанья, Италия, 2010 г.) отмечается: «...исследования показывают, что связи между РАС и умственной отсталостью нет. Обычно умственную отсталость рассматривали как выражение тяжести корневых нарушений при аутизме, то есть как следствие аутизма, которое, вероятно, можно предупредить, воздействуя на социальные и коммуникативные симптомы. Показано, что раннее интенсивное воздействие на корневые

симптомы аутизма действительно может повлиять на интеллектуальное развитие детей с РАС» [28]. То есть, аутизм не рассматривается как одна из причин умственной отсталости, но сам по себе может повлиять на развитие интеллек-

та ребенка.

Наши представления о взаимосвязи аутизма и умственной отсталости с позиции диагностики для определения формы обучения представлены в таблице 1.

Таблица 1

Варианты особенностей интеллектуального развития при аутизме

Шифр по МКБ-10	Клиническая характеристика
F84+F7	Коморбидность аутизма и УО
F7 с чертами аутизма	Вторичная аутизация без собственно аутизма, возникающая при умственной отсталости в силу ошибочно низкой оценки уровня интеллекта и неадекватных организационно-методических решений
F84 с когнитивной (интеллектуальной) недостаточностью до степени легкой/умеренной/тяжелой УО или F84.11	Синдром «олиго-плюс»
F84 с когнитивной (интеллектуальной) недостаточностью до степени легкой/умеренной/тяжелой УО (в динамике)	Необратимое органическое поражение и синдром «олиго-плюс»
F83	Задержка психического развития

Примечание: F84 – аутизм; F7 – умственная отсталость; F83 – специфическое нарушение развития школьных навыков

При определении интеллектуального развития ребенка с аутизмом необходимо обращать внимание на ряд важных аспектов. Первым из них, на наш взгляд, является исследование интеллекта с помощью стандартной методики Векслера (по полной шкале, с учетом только невербальных [29] или только вербальных [30] субтестов). В стандартном варианте работа с методикой занимает достаточно продолжительное время (2-2,5 часа), однако истощаемость и пресыщаемость [22] детей с аутизмом не позволяет получить адекватных результатов, поэтому предпочтительным является прерывистое (на протяжении нескольких дней) исследование IQ (в инструкции к методике это не рекомендовано, но и не запрещено). Также необходимо учитывать, что ребенок с аутизмом может продемонстрировать крайне низкие показатели в одном из субтестов, но по различным причинам: проблемы интеллектуального характера, из-за умственной отсталости; проблемы непонимания речи; выраженный дефицит спонтанности и произвольности в деятельности; не-гативизм к ситуации тестирования (хотя справиться с заданием может); выраженное замедление психических процессов. Для качественного оценивания результата необходимо проводить обследование

после некоторого периода наблюдения за ребенком и взаимодействия с ним. Помимо этого, величина IQ – интегральный показатель (обобщение результатов по вербальным и невербальным субтестам). Однако дисперсия оценок по отдельным субтестам у детей с аутизмом обычно в 2-3 раза выше, чем у детей с УО без аутизма [22], что является следствием неравномерности развития психических функций, в том числе интеллекта, при аутизме. Поэтому усредненная оценка IQ у детей с аутизмом не дает достаточно информации об уровне развития интеллекта, а при формальном учете может привести к неверной диагностике и, соответственно, искажению образовательной траектории ребенка. С учетом вышеизложенного, как видно из таблицы 1, при определении у ребенка с аутизмом умственной отсталости (различной степени тяжести) необходимым является установление факта коморбидности (аутизм+умственная отсталость). В этом случае педагогические проблемы каждой из составляющих усиливают проблемы другой: аутизм не позволяет использовать традиционные при УО приемы обучения по подражанию и личностно-ориентированную мотивацию, а наличие умственной отсталости затрудняет формирование аффективного смысла окружающих объек-

тов и явлений и ограничивает возможности эмоционально ориентированных методических подходов к коррекции аутизма [31]. Сложный характер данного нарушения требует специальных методических подходов в коррекционных образовательных учреждениях для детей с УО (в РФ – школы VIII типа) или при индивидуальном обучении.

Второй аспект, на который необходимо обратить внимание, – это проблема стабильности/нестабильности и обратимости/необратимости интеллектуальных нарушений при аутизме. Общеизвестным является факт стабильности, необратимости и непрогредиентности интеллектуальной недостаточности при умственной отсталости. В то же время, на определенном этапе развития любой психической функции не может протекать успешно без достаточного притока когнитивной, сенсорной, аффективной и другой информации [32]. При аутизме этот поток ограничен, что способствует формированию специфической интеллектуальной недостаточности – синдрома «олиго-плюс». В детской психиатрии данный синдром рассматривается как обратимое явление, но эта обратимость является ограниченной во времени, поскольку после 6-8 лет пластичность нервной системы и психики в целом снижается и обратимость принципиально обратимых интеллектуальных проблем постепенно уменьшается.

В связи с этим возникает еще одна проблема – необходимость динамического пересмотра установленного в дошкольном возрасте диагноза для коррекции образовательной траектории ребенка с аутизмом. По нашему мнению, как видно из таблицы 1, если когнитивные (интеллектуальные) проблемы являются неравномерными, а специальные образовательные методики показывают потенциальную (пусть и незначительную) способность ребенка к интеллектуальному развитию, правомерным является определение аутизма с когнитивной (интеллектуальной) недостаточностью до легкой/умеренной/тяжелой степени умственной отсталости с рекомендациями пересмотра диагностического заключения после 8ми летнего возраста и, соответственно, формы обучения. Обучение такого ребенка в коррекционной школе для умственно отсталых детей по специально разработанной для детей с аутизмом коррекционной программе (если таковая имеется), дает шанс положительной динамики показателя IQ. Безусловно, далеко не всегда стоит возлагать надежды на коррекцию синдрома «олиго-плюс» у детей с

аутизмом, поскольку нередко присутствует и необратимое органическое поражение. В этих случаях, несмотря на усилия педагогов, психологов и родителей, развитие интеллекта приостанавливается даже при нивелировке проявлений синдрома «олиго-плюс», и тогда постановка диагноза F84 с когнитивной (интеллектуальной) недостаточностью до степени легкой/умеренной/тяжелой УО (или F84.11) является оправданной, особенно при доминировании признаков аутизма в психическом состоянии ребенка.

Безусловно, существуют случаи, когда интеллектуальная недостаточность обусловлена органическим поражением мозга, а аутизм представлен на уровне «аутистических черт». В данной ситуации считается, что особенности интеллекта близки к умственной отсталости с чертами аутизма [6].

C. Gillberg, E. Fernell (2014) описан феномен усиления аутистических черт личности у лиц с умственной отсталостью [27], что возникает в случае искусственно сформированной психической депривации вследствие ошибочно низкой оценки уровня интеллекта и/или неадекватного выбора организационно-методических решений. Определенная обратимость данного состояния возможна при своевременной коррекционной помощи, что подтверждает необходимость динамической вдумчивой оценки состояния интеллекта как у ребенка с чертами аутизма, так и у детей с аутизмом и интеллектуальной недостаточностью.

В клинической практике нередки случаи, когда при поступлении в школу ребенок обнаруживает неравномерность развития интеллекта в сочетании с аутистическими чертами или/и в анамнезе, или/и в текущем психическом состоянии, которые, однако, не препятствуют достаточной или относительно успешной адаптации в детском коллективе (аналог синдрома «олиго-плюс»). В таких случаях детский психиатр должен ориентироваться на максимально возможную социализацию ребенка с задержкой психического развития пусть даже с элементами асинхронии, поскольку динамика развития интеллекта в этой ситуации определяется полнотой психолого-педагогической и семейной поддержки.

На основании выше изложенного необходимо подчеркнуть, что основные задачи по определению уровня интеллектуального развития детей с аутизмом состоят в углубленном изучении структуры интеллектуальных нарушений (в условиях диагностического обучения и в динамике), разработке адекватных индивидуальных

программ, направленных, в том числе, на минимизацию интеллектуальных нарушений через снятие синдрома «олиго-плюс» [33].

Еще одним дискуссионным аспектом является диагностика и дифференциальная диагностика атипичного аутизма, определенного в МКБ-10 как «тип общего расстройства развития, который отличается от детского аутизма (F84.0x) либо возрастом начала, либо отсутствием хотя бы одного из трех диагностических критериев. Так, тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития впервые проявляется только в возрасте после 3-х лет; и/или здесь отсутствуют достаточно отчетливые нарушения в одной или двух из трех психопатологических сфер, необходимые для диагноза аутизма (а именно, нарушения социального взаимодействия, общения и ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение) вопреки характерным аномалиям в другой сфере(ах)». Исходя из этого определения, создается впечатление о возможности диагностики аутизма в возрасте старше 3х лет, т.е. имеется определенный период нормального развития, а аутистические проявления начинают набирать силу ближе к дошкольному возрасту и вплетаются в клинику или создают фон для задержек психического развития вплоть до разной степени выраженности умственной отсталости. Иногда атипичный аутизм ошибочно диагностируется у детей с умственной отсталостью, в клинических проявлениях которой наблюдаются отдельные аутистические признаки (например, стереотипии или социальная отгороженность). Однако данная диагностическая рубрика охватывает два, казалось бы, разнородных, состояния: атипичный детский психоз и разные формы умственной отсталости (УМО) с аутистическими чертами.

Атипичный детский психоз развивается у детей 3-5-летнего возраста после периода нормального, стигмированного или искаженного психического развития. Самопроизвольно формируются аутистические изменения в поведении, общении, умственном развитии. Постепенно нарастают психотические проявления: появляется отрешенность, регрессирует речь, обедняются общение, игры, взаимодействие с окружающими, затем остро или подостро присоединяются неврозоподобные или аффективные нарушения, далее черты регресса или замирания в развитии становятся отчетливыми, у всех детей формируются кататонические, кататоногепфренические, полиморфные позитивные симптомы, свойственные детской шизофрении. Те-

чение психоза может быть от нескольких месяцев до 2-3-х и более лет и может иметь непрерывный, приступообразно-прогредиентный и приступообразный характер. Помимо психотических симптомов обнаруживаются остановка в умственном и речевом развитии, моторные стереотипии, расстройство самосознания, симптомы тождества, эмоциональное обеднение с сохраняющейся аутизацией. На выходе их психотического состояния аутистические проявления начинают приобретать стертый характер, при адекватном активном обучении постепенно могут преодолеваются задержки в умственном развитии, постепенно восстанавливается речь, эмоции, когнитивные функции, в моторной сфере могут сохраняться атетозоподобные и другие стереотипии. Исходом является формирование особых дефицитарных состояний аутистического типа, психопатоподобных или более глубоких личностных изменений типа фершробен, умственного недоразвития или инфантилизма. При этом возможно возобновление кататонических, аффективных, неврозоподобных состояний с усложнением клинической картины и последующим затуханием симптоматики [34]. Согласно классификации аутизма НЦПЗ РАМН (1988) атипичный детский психоз протекает как процессуальное расстройство аутистического круга. С нашей точки зрения, подобные состояния крайне трудно разграничивать с ранней детской шизофренией. Для установления диагноза шизофрении важно найти начало болезни, психоз с особой симптоматикой, который возникает после более или менее продолжительного периода развития ребенка, не вызывающего никаких опасений у родителей [4].

Второй группой состояний, включенных в диагностическую рубрику атипичного аутизма в МКБ-10, являются разные формы умственной отсталости с аутистическими чертами (имеется в виду коморбидность проявлений аутизма с умственной отсталостью разного происхождения). Этот тип расстройств изучен недостаточно, окончательный список подобных расстройств не установлен [6, 35, 36]. В настоящее время к формам умеренной умственной отсталости с аутистическими чертами относят синдром Мартина-Белл, синдром Дауна с аутистическими чертами, туберозный склероз с аутистическими чертами, фенилкетонурию с аутистическими чертами в поведении, умеренную умственную отсталость при сочетании органического поражения ЦНС с аутистическими чертами [34]. Трудности дифференциальной диагностики осно-

выявляются в данном случае на том, что эти дети наблюдаются чаще у неврологов или педиатров. Ребенок имеет все признаки раннего органического поражения ЦНС, что подтверждается неврологическими, параклиническими обследованиями, сопровождается признаками церебрастении или энцефалопатии. При этом могут наблюдаться не укладывающиеся в клинику основного заболевания диспропорциональное психическое развитие, вычурные стереотипии, нелепые страхи, архаичные симптомы, регресс поведения и навыков. Но ребенок продолжает получать неспецифическое неврологическое лечение (ноотропы, ангиопротекторы, аминокислоты, витамины, мочегонные) без видимого эффекта, а нередко еще и с усилением или возникновением провоцируемого лечением возбуждения. Преодоление стигмы, понимание неврологами необходимости комплексной терапии в данном случае может обеспечить своевременное обращение к психиатру, адекватную диагностику и включение в схему лечения психотропных препаратов.

Нередко наблюдается и противоположная тенденция: гипердиагностика атипичного аутизма у детей с задержками развития вследствие ранней резидуально-органической церебральной недостаточности. В отличие от детей с аутизмом у таких больных сохраняется эмоциональное ядро личности, они любят родителей, ласковы, стремятся к тактильному контакту, сохраняют возможность сопереживания, тяжело переживают неудачные (в силу выраженной задержки интеллектуального развития, отсутствия или недоразвития речи, «бестолковости») попытки общения со сверстниками. Главным в дифференциальной диагностике является отсутствие специфических симптомов аутизма в виде нелепых, вычурных двигательных расстройств [4].

В настоящей статье не затрагиваются другие вопросы диагностики, дифференциальной диагностики и коморбидности при аутизме, равно как и актуальные проблемы смены диагноза аутизма и оказания лечебно-реабилитационной помощи больным с аутизмом и членам их семей, что может стать темой для дальнейших исследований.

Планируемый в 2017г. выход новой Международной классификации болезней (МКБ-11), возможно, расширит возможности функциональной диагностики расстройств аутистического спектра и, соответственно, будет способствовать совершенствованию оказания помощи таким детям и членам их семей.

В обучении ребенка с аутизмом необходимо

руководствоваться следующими принципами: бесплатное образование, соответствующее возможностям и потребностям ребенка в минимально ограничивающей его среде.

Государственная политика должна быть направлена на сохранение и совершенствование существующей сети специальных (коррекционных) образовательных учреждений, классов, групп с параллельным развитием интегрированного (инклюзивного) образования.

Существующая на настоящий момент организация психолого-педагогической помощи детям с аутизмом, в том числе, в сочетании с интеллектуальным недоразвитием, нуждается в существенной перестройке, в то время как получение детьми с РАС адекватного образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации. Одним из важнейших условий совершенствования существующей системы является психолого-медико-социальное сопровождение больного вместе с его семьей на основе межведомственного взаимодействия Министерства здравоохранения, Министерства просвещения, Министерства труда и социальной политики ДНР.

Опыт организации обучения и психолого-педагогического сопровождения детей с аутизмом в России показывает эффективность существующей дифференцированной сети специализированных коррекционных образовательных учреждений. Она включает в себя, прежде всего, дошкольные учреждения, в которых может быть продолжена абилитация больных аутизмом: детские сады компенсирующего вида и учреждения, имеющие группы компенсирующего и комбинированного назначения для детей с нарушениями слуха, речи, моторики, с нарушением интеллекта. В существующей структуре школьного образования больных с аутистическими расстройствами можно обучать в коррекционных образовательных учреждениях: для детей с тяжелыми нарушениями речи (V вид), для детей с задержкой психического развития (VII вид), для умственно отсталых детей (VIII вид), в школах индивидуального обучения на дому для детей-инвалидов по общеобразовательной программе. Кроме того, в России развивается процесс интеграции детей с аутизмом в образовательные учреждения общего типа (в одном классе с детьми, не имеющими нарушений развития). Возможно обучение пациентов с аутизмом по индивидуальному учебному плану или по индивидуальной коррекционной обучающей программе (инк-

люзивное обучение) [37].

Полноценное оказание помощи детям с аутизмом сформулировано в высказывании выдаю-

щегося детского психиатра Стэнли Гринспена: «Мы вместе будем делать все, чтобы развитие ребенка было успешным» [38].

Ряполова Т.Л.

НЕКОТОРЫЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АУТИЗМОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, интеллектуальная недостаточность, умственная отсталость, психолого-педагогическое сопровождение.

В статье представлены данные об актуальности проблемы аутизма, в частности, в силу роста его распространенности во всем мире. Рассмотрены различные точки зрения на определение понятия «аутизм» в историческом аспекте. Даны теоретико-методологические обоснования введения термина «расстройства аутистического спектра», приведены новые диагностические подходы, предлагаемые «Руководством по диагностике и статистике психических расстройств» пятого пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V). Рассмотрены некоторые аспекты взаимосвязи аутизма и умственной отсталости, обоснована концепция коморбидности и показана необходимость динамического оценивания интеллекта у детей с аутизмом. Обсуждены отдельные дискуссионные вопросы диагностики и дифференциальной диагностики атипичного аутизма. Предложены практические аспекты исследования интеллектуальной недостаточности у больных с аутизмом и практические рекомендации по диагностике коморбидных с аутизмом состояний интеллектуальной недостаточности или умственной отсталости с учетом составления адекватной траектории обучения детей с данной патологией и оптимизации психолого-педагогического сопровождения пациентов и членов их семей. Приведенная актуальная в России система образования детей с аутизмом, в том числе, в сочетании с интеллектуальными проблемами. Показана необходимость психолого-медико-социального сопровождения больного вместе с его семьей на основе межведомственного взаимодействия Министерства здравоохранения, Министерства просвещения, Министерства труда и социальной политики ДНР. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 3 (39). — С. 56-65).

Ryapolova T.L.

SOME TOPICAL ISSUES OF DIAGNOSIS AND ASSISTANCE TO CHILDREN WITH AUTISM

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Key words: autism, autism spectrum disorders, intellectual insufficiency, mental retardation, psychological and pedagogical support.

The article presents data on the relevance of the problem of autism, in particular, due to the increase in its prevalence throughout the world. Various points of view on the definition of the concept of «autism» in the historical aspect are considered. Theoretical and methodological substantiations of the introduction of the term «autism spectrum disorders» are given, new diagnostic approaches are presented, offered by the «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-V». Some aspects of the relationship between autism and mental retardation are considered, the concept of comorbidity is justified and the need for dynamic evaluation of intelligence in children with autism is shown. Separate discussion questions of diagnostics and differential diagnostics of atypical autism are discussed. Practical aspects of investigation of intellectual insufficiency in patients with autism and practical recommendations for the diagnosis of comorbid with autism states of intellectual insufficiency or mental retardation, taking into account the formation of an adequate trajectory of teaching children with this pathology and optimizing the psychological and pedagogical support of patients and their families. The current topical educational system in Russia for children with autism, including, in combination with intellectual problems. The need for psychological, medical and social support of the patient with his family on the basis of interagency cooperation between the Ministry of Health, the Ministry of Education, the Ministry of Labor and Social Policy of the DPR is shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 3 (39). — P. 56-65).

Литература

1. Lotter V. Epidemiology of autistic conditions in young children: I. Prevalence / V. Lotter // Social psychiatry. - 1966, № 1. - P. 124-137.
2. Доклад Секретариата Всемирной ассамблеи здравоохранения «Комплексные и согласованные усилия по ведению расстройств аутистического спектра» 67 сессия, пункт 13.4 А67/17 от 21 марта 2014. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_17-ru.pdf
3. Пашковский В.Э. Высокофункциональный аутизм / В.Э. Пашковский // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - 2013. - №1. - С. 16-21.
4. Иовчук Н.М. Современные проблемы диагностики аутизма / Н.М. Иовчук, А.А. Северный // Психологическая наука и образование. - 2013. - № 5. - С. 91-98.
5. Радзивил М.Г. Структура задержки психического развития при процессуальном детском аутизме / М.Г. Радзивил // Социальная и клиническая психиатрия. - 2006. - Т. 16, № 1. - С. 10-20.
6. Башина В.М. Аутизм в детстве / В.М. Башина. - М., Медицина. - 1999. - 236 с.
7. Examining the effectiveness of an outpatient clinic-based social skills group for highfunctioning children with autism / T.D. Barry [et.al.] J. Autism Dev. Disord. - 2003. - V. 33, № 6. - P. 685-701.
8. Bleuler E. Руководство по психиатрии. Пер. с нем. / Е. Bleuler. - СПб., 1920. - 384 с.
9. Красильников Г. Т. Феноменология, клиническая типология и прогностическая оценка аутизма при шизофрении: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.Т. Красильников. - Томск, 1995. - 34 с.
10. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact / L. Kanner // Nervous Child. - 1943. - № 2. - P. 217-250 (Вопр. психич. здоровья детей и подростков. - 2010. - Т. 10, № 1. - С. 85-98; Т. 10, № 2. - С. 70-90).
11. Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter / H. Asperger // Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten. - 1944. - Т. 117. - P. 76-136 (Вопр. психич. здоровья детей и подростков. - 2010. - Т. 10. - С. 91-117; 2011. - Т. 11. - С. 82-109).
12. Вроно М.Ш. Синдром Каннера и детская шизофрения / М.Ш. Вроно, В.М. Башина // Журн. невропатол. и психиатр. - 1974. - Т. 74. - С. 112-115.
13. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account / L. Wing // Psychol Med. - 1981. - V. 11. - P. 115-129.
14. Gillberg C. Clinical Child Neuropsychiatry / C. Gillberg. - Cambridge: University Press. - 1995. - 366p.
15. 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.

16. Башина В.М. Подходы к систематике детского аутизма (1943-2007) / В. М. Башина // Психиатрия. – 2007. - № 5. – С. 7-13.

17. Каган В. Е. Аутизм у детей / В. Е. Каган. – Л.: Медицина, 1981. – 208 с.

18. МКБ-10 (ICD-10). Международная классификация болезней (10-й пересмотр) / Пер. на русск. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. Всемирная организация здравоохранения. – СПб, Адис. – 1994 – 345 с.

19. Wing L. The history of ideas on autism: legends, myths and reality / L. Wing // Autism. – 1997. – Vol. 1. – P.13-23.

20. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. – 2013. - p. 51-53.

21. Witwer A. Examining the validity of autism spectrum disorder subtypes / A. Witwer, L. Lecavalier // J. Autism Develop. Dis. – 2008. – 38 (9). – P. 1611-1624.

22. Морозов С.А. К вопросу об умственной отсталости при расстройствах аутистического спектра / С.А. Морозов, Т.И. Морозова, Б.В. Белявский // Аутизм и нарушения развития. - 2016. - Т. 14, № 1. - С. 9-18.

23. Rutter M. Autism and known medical conditions: Myth and substance / M. Rutter, A. Bayley, P. Bolton, A. LeCouter // Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines. – 1994. – Vol. 35, № 2. – p. 311-322.

24. Volkmar F.R., Klin A. Issues in the Classification of Autism and Related Conditions / F.R. Volkmar, A. Klin // In Handbook of Autism and Developmental Disorders. 3d edn. Eds: F.R. Volkmar [et al.]. – 2005. - p. 5-69.

25. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия / Р. Гудман, С. Скотт. Пер. с англ. - М. - 2008. -405 с.

26. Питерс Т. Аутизм: От теоретического понимания к

педагогическому воздействию / Т. Питерс. - СПб.: Институт специальной педагогики и психологии. - 1999. - 192 с.

27. Gillberg C. Autism plus versus autism pure / C. Gillberg, E. Fernell // J. Autism Dev. Dis. – 2014. - № 12. - P. 1274—1276.

28. IX International Congress Autism-Europe «A Future for Autism» (Catania, Italy). - Link, 2010 - P. 3-7.

29. Каган В.Е. Аутизм у детей / В.Е. Каган. - Л., 1981. – 215 с.

30. Костин И.А. Стилевые особенности когнитивных процессов у аутичных подростков и юношей / И.А. Костин. - Автореф. дисс... канд. психол. наук. - М., 1997. – 25 с.

31. Лебединская К.С. Диагностика детского аутизма / К.С. Лебединская, О.С. Никольская. - М., 1991. - 97 с.

32. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. - М., 1973. - 375 с.

33. Морозова С.С. Составление и использование индивидуальных коррекционных программ для работы с аутичными детьми / С.С. Морозова. - Самара, 2008. - 154 с.

34. Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой [и др.]. – М., «ГЭОТАР-Медиа», 2009. – С. 701-725.

35. Симашкова Н.В. Клинические и нейрофизиологические аспекты тяжелых форм аутизма у детей / Н.В. Симашкова, Л.П. Якупова, В.М. Башина // Журн. неврол. и психиат. – 2006. – Т. 106, № 37. – С. 12-19.

36. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте / Н.В. Симашкова - Автореф. дисс... докт. мед. наук. - М., 2006. – 32 с.

37. Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение. Клинические рекомендации (протокол лечения) / Н.В. Симашкова, Е.В. Макушкин. – М., 2015. – 50 с.

38. Морозова С.С. Аутизм: первые признаки / С.С. Морозова, С.А. Морозов. - М., 2002. - С. 9.

Поступила в редакцию 23.05.2017