

На правах рукописи

**СЕДИНКИНА
ЭЛЬВИРА ЕВГЕНЬЕВНА**

**ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С
РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА
(КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)**

3.1.17 - Психиатрия и наркология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва-2024

Работа выполнена в ФГБУ «Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России

Научный руководитель: доктор медицинских наук Портнова Анна Анатольевна.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, Устинова Наталья Вячеславовна – заведующий отделом социальной педиатрии и организации мультидисциплинарного сопровождения Научно-исследовательского института педиатрии и охраны здоровья детей Научно-клинического центра №2 ФГБНУ «Российский научный центр хирургии имени академика Б.В. Петровского»; главный научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения г. Москвы».

доктор медицинских наук, доцент, Иващенко Дмитрий Владимирович – заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

Ведущее учреждение: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский медицинский университет».

Защита диссертации состоится «__» _____ 2024года в ____ на заседании диссертационного совета (_____) при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» МЗ РФ и на сайте организации: <https://serbsky.ru/>

Автореферат разослан «__» _____ 2024 года.

Ученый секретарь диссертационного совета,

доктор медицинских наук

М.В. Гиленко

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Актуальность проблемы изучения нарушений поведения у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) обусловлена высокой распространенностью этой патологии в популяции (Van Bakel (2015), Deborah. L.C. (2019), Whitney D.G. (2019), Макушкин Е.В., Макаров И.В., Пашковский В.Э. (2019), Макушкин Е.В, Демчева Н.К. (2019)); данные ВОЗ на 2023г. и недостаточной разработкой лечебных подходов при оказании помощи детям с РАС.

По данным ВОЗ, около 1% населения имеют признаки РАС. Причем по разным регионам эти показатели разнятся в несколько раз – от 0,09% до 3,9% (Zeidan, J., Fombonne, E., Scolah, J. (2022)). По последним данным Centers for disease Control and Prevention, Центр по контролю профилактики и заболеваний США CDC¹ за 2020 примерно у 1 из 36 детей до 8 лет в США диагностируется РАС.

Статистика заболеваемости аутизмом в России ведется с 2015 года и в целом численность детей с РАС сильно отличается в различных регионах России и в среднем составляет 0,12% (Хаустов А.В., Шумских М.А. (2021)). Единого мнения относительно эпидемиологической ситуации при РАС не существует как в зарубежных странах, так и в России, что делает проблему еще более актуальной.

В среднем половина детей с РАС демонстрирует девиантное поведение в виде повышенной возбудимости, негативизма, агрессии, аутоstimуляции, аутоагрессии (Salazar F. 2015, Nash K., Carter K.J. (2016); Chen C. (2017), Шрамм Р. (2018), Бондарь Т.А. (2019)). Важно отметить, что ребенок с аутизмом наряду с вышеперечисленным может иметь иные сопутствующие нарушения или их комбинацию, которая осложняет течение аутизма, усугубляет адаптацию и нарушает качество жизни. У людей с аутизмом могут возникать дополнительные психические или физические проблемы, такие как депрессия, тревожные расстройства, эпилепсия, нарушения сна или проблемы с пищеварением. Однако из-за особенностей развития эти состояния могут быть трудно обнаруживаемыми. Малоизученными остаются вопросы о влиянии факторов, которые провоцируют и закрепляют девиантное поведение, и сравнительной эффективности методов коррекции у детей дошкольного возраста с РАС.

¹ https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/ss7202a1.htm?s_cid=ss7202a1_w, дата обращения 06.10.2023

Продолжается изучение эффективности и безопасности различных групп лекарственных средств при отклоняющемся поведении у детей с РАС (Edwin Williamson (2017), Lamy M. (2018), Shafiq S. (2018), Bartram L.A. (2019)), а также отдельных коррекционных методик (Roane H.S. (2016), Bradshaw J. (2017), Tiura (2017), Banneyer K.N. (2018), Reichow (2018), Boshoff K. (2020)). Большинство исследователей сходится во мнении о комплексном персонифицированном подходе (Lamy M. (2018), Shafiq S. (2018), Bartram L.A. (2019)) с применением различных фармакологических групп медикаментов в зависимости от симптоматики.

Вопрос о приоритетных направлениях терапии, среди которых предлагаются различные подходы, предусматривающие использование психофармакотерапии или комбинации этих методов, остается до сих пор открытым (Medavarapu S. (2019)). Авторы дают различную оценку эффективности отдельным классам психотропных препаратов и нелекарственным методикам, но малоизученной является проблема долгосрочной терапии у детей.

Неоднозначная оценка роли различных факторов, влияющих на девиантное поведение, нерешенные вопросы терапии, делают нарушения поведения при РАС у детей дошкольного возраста актуальной с клинической и практической точки зрения проблемой, требующей дальнейшего изучения.

Цель исследования

Выявление закономерностей формирования девиантного поведения у детей дошкольного возраста с РАС для разработки дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Задачи исследования

1. Изучить частоту встречаемости девиантного поведения у детей дошкольного возраста 3-7 лет с аутизмом.
2. Описать формы девиантного поведения и клинико-динамические особенности у детей дошкольного возраста с РАС с учетом сопутствующей патологии.
3. Изучить влияние факторов, способствующих формированию нарушений поведения у детей дошкольного возраста с РАС.
4. Провести сравнительную оценку эффективности медикаментозных и немедикаментозных методов коррекции девиантного поведения.

5. Разработать на основе полученной информации дифференцированные программы терапии и коррекции девиантного поведения у детей дошкольного возраста с РАС.

Научная новизна работы

Впервые проведено комплексное исследование девиантного поведения у детей дошкольного возраста с РАС. Показана высокая распространенность (74%) девиантного поведения у детей 3-7 лет с аутизмом.

Определена частота форм девиантного поведения, таких как гиперактивность (57,7%), возбудимость (56,8%), негативизм (49,5%), физическая агрессия (29,7%), аутоагрессия (24,3%), раздражительность (22,5%). Проведен анализ факторов, оказывающих влияние на формирование девиантного поведения. Выделены психологические причины и факторы сопутствующей патологии (неврологической, психической, соматической). Впервые в отечественных исследованиях определена роль микросоциального окружения в формировании нарушений поведения у детей дошкольного возраста с РАС. Разработана и внедрена в практику комплексная поэтапная программа диагностики и лечения с учетом индивидуальных особенностей, возраста, сопутствующих нарушений. Применение комплексной программы приводит к различным формам редукции девиантного поведения, что улучшает качество жизни пациентов.

Практическая значимость работы

Полученные результаты возрастных особенностей и форм девиантного поведения с учетом факторов, влияющих на формирование поведения, помогут в оценке девиантного поведения у детей с РАС представлены врачам психиатрам, неврологам, педиатрам, специалистам образовательной сферы, клиническим психологам. За счет разработанной поэтапной комплексной программы диагностики и коррекции достигается редукция девиантного поведения в разной степени.

Полученные данные применяются врачами-психиатрами в практической деятельности «ОКПБ им. Н.Н. Солодниковой», врачами-психиатрами детского психиатрического отделения «ДГБ№1», врачами-психиатрами ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьским ПНД».

Положения, выносимые на защиту

1. Девиантное поведение широко распространено среди детей дошкольного возраста (3-7 лет) с аутизмом и может проявляться в различных формах.

2. Формирование девиантных форм обусловлено психологическими причинами и сопутствующей патологией. Изучение роли факторов, влияющих на формирование девиантного поведения, позволит создать индивидуальный план лечения.

3. Поэтапная комплексная программа диагностики и коррекции девиантного поведения улучшит качество жизни пациентов.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в работу детского общепсихиатрического отделения для обслуживания детского населения «ДГБ№1» г. Омска, с созданием в отделении «Школы аутизма» для родителей, воспитывающих детей с РАС, в практическую деятельность врачей-психиатров «ОКПБ им. Н.Н. Солодникова» и деятельность врачей-психиатров ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьского ПНД».

Апробация исследований

Результаты исследования представлены на научно-практической конференции, посвященной 125-летию юбилею Психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова «Психическое здоровье населения Омской области», XVI Всероссийской Школе молодых психиатров "Суздаль-2023" памяти П.В. Морозова, XX Мнухинских чтениях «Детская психиатрия: история и современность», V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Сухаревские чтения. Вопросы классификации в детской психиатрии», Конференции, посвященной вопросам детской психиатрии «Речь как индикатор задержки психоречевого развития. Введение в нейрореабилитацию» (Ноябрьск, 2021), Окружной научно-практической конференции с рабочим совещанием Урало-Тюменской Ассоциации психиатрических и наркологических учреждений «Актуальные вопросы лечения и реабилитации несовершеннолетних с нарушениями речи и других высших психических функций» (Ноябрьск, 2023).

Объем и структура диссертации

Диссертация представлена на 177 страницах и состоит из 5 глав: введения, 1 главы (литературного обзора), четырех глав собственных исследований с результатами, заключения, выводов, практических рекомендаций по ведению пациентов с девиантным поведением у детей с аутизмом, списка литературы и 2-х приложений. В тексте работы 26 таблиц, 7 рисунков, 2 клинических примера и 1 блок-схема. Список использованной литературы включает 163 источника (31 русскоязычных источников, 132 иностранных источника).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика материала

Исследование проводилось на базе детского психиатрического отделения «Детской городской больницы №1» г. Омска с 2019-2023 гг. Была проведена ретроспективная оценка историй болезни детей, проходивших лечение в отделении с 2010 по 2019 год. Всего выборку составили 150 детей с аутизмом 3-7 лет обоего пола (108 мальчиков (72%) и 42 девочки (28%)). Медиана возраста 4 года 8мес. Постановка диагноза аутизма проводилась на основании критериев МКБ-10.

Критериями включения в исследование являлись: 1) возраст детей от 3 до 7 лет; 2) наличие психического расстройства, верифицированного согласно критериям МКБ-10 по двум нозологическим рубрикам: детский аутизм (F84.0, F84.01, F84.02), атипичный аутизм (F84.1, F84.11, F84.12). Критериями исключения являлись тяжелые хронические заболевания в стадии декомпенсации и шизофрения, детский тип.

Основными методами исследования были клинико-катамнестический, клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический и статистический.

Психометрический метод проводился с использованием шкалы раннего детского аутизма CARS (Childhood Autism Rating Scale); опросника CCT (сильных сторон и трудностей, опросник Гудмана) в двух вариантах версии для родителей: для детей 2-4 лет и для детей 4-17 лет; шкалы SCAS (The Spence Children's Anxiety Scale), диагностирующей для оценки детской тревожности; опросника эмоциональных отношений в семье Е.И. Захаровой (методика ОДРЭВ) и опросника детской агрессивности (А.А. Романова), версия для родителей. Родители детей с РАС, начиная с 2019 года, заполняли психодиагностические опросники при поступлении детей в обще психиатрическое отделение для обслуживания детского населения «ДГБ№1».

Статистический анализ проводился в программе StatTech. Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение процентных долей при анализе четырехпольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона (при значениях ожидаемого явления более 10), точного критерия Фишера (при значениях ожидаемого явления менее 10). Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

В исследовании были использованы различные источники информации, такие как медицинская документация, структурированное интервью с родителями, характеристики детей из дошкольного учреждения, а также результаты психодиагностических и

функциональных обследований. В процессе работы выяснялась наследственность, характер беременности, развитие в раннем детстве и дошкольном периоде. Кроме этого, особое внимание уделялось психологическому развитию ребенка, особенностями детско-родительских отношений, воспитания и внутрисемейным взаимоотношениям.

Исследование проводилось в несколько этапов. На первом этапе проводились сбор и систематизация данных, клиническое наблюдение за ребенком и регистрировались формы девиантного поведения.

На втором этапе проводился анализ собранных данных. Анализировались выявленные факторы, которые оказывали влияние на формирование девиантного поведения у детей с аутизмом. В процессе госпитализации дополнительно исследовались факторы, такие как стресс (ситуация разлуки с родителями), изменения в режиме дня, а также факторы окружающей среды, такие как шум, свет и перегруженность информацией. Оценивались результаты, применимых психодиагностических инструментов (см. выше). Далее оценивалось общее медицинское состояние ребенка, выявлялись сопутствующие заболевания, которые могут быть причиной девиантного поведения у ребенка.

Последним этапом являлась разработка стратегии помощи ребенку, способствуя развитию положительному и социально-адаптивному поведению у детей.

Результаты исследования

В результате клинического анализа пациенты с РАС были разделены на 2 группы: 1 группа – дети с проявлением девиантного поведения (111 детей) и 2 группа – дети без проявлений девиантного поведения (39 детей).

В таблице 1 представлена информация по нозологической принадлежности в группах:

Таблица 1 - *Распределение детей с РАС по диагностическим группам*

Диагноз (шифр МКБ-10)	Группа с девиантным поведением N= 111 (100%)	Группа без девиантного поведения N=39(100%)	Уровень достоверности, р
Детский аутизм (F84.0)	53 (47,8%)	17 (43,6%)	p>0,05

Продолжение Таблицы 1

Детский аутизм, обусловленный органическим заболеванием головного мозга (F84.01)	16 (14,4%)	8 (20,5%)	p>0,05
Детский аутизм, вследствие других причин (F84.02)	6 (5,4%)	1 (2,6%)	p>0,05
Атипичный аутизм (F84.1)	0	2 (5,1%)	p<0,01
Атипичный аутизм с умственной отсталостью (F84.11)	33 (29,7%)	8 (20,5%)	p>0,05
Атипичный аутизм без умственной отсталости (F84.12)	3 (2,7%)	3 (7,7%)	p>0,05

Таким образом, несмотря на недостоверность различий, чаще нарушения поведения встречались у детей с Детским аутизмом (F 84.0) и Атипичным аутизмом с умственной отсталостью (F 84.11).

В основной группе выявлены следующие формы девиантного поведения (таблица 2):

Таблица 2 - Частота распределения форм девиантного поведения в основной группе

Форма девиантного поведения	Группа с проявления девиантного поведения Абс. (%)
Гиперактивность	64 (57,7%)
Возбудимость	63 (56,8%)
Негативизм	55 (49,5%)
Физическая агрессия	33 (29,7%)
Аутоагрессия	27 (24,3%)
Раздражительность	25 (22,5%)

Следует отметить, что в процессе клинического наблюдения ребенок мог проявлять одновременно несколько форм отклоняющего поведения в зависимости от контекста ситуации.

При поступлении родители 114 детей (76%) предъявляли жалобы на отсутствие речевых навыков, 83-х детей (55,3%) – на ограниченное понимание обращенной речи, 67 (44,7%) – на стереотипные моторные движения, 48 (32%) – на гиперактивность, 34 (22,7%) – на стереотипность интересов, 29 (19,3%) – агрессию, 27 (18%) – на отсутствие зрительного контакта, 24 (16%) – на отсутствие реагирования на имя, 13 (8,7%) – аутоагрессию, 11 (7,3%) – стремление к привычному постоянству и у 2 (1,3%) на вспышки гнева. Из чего следует, что причиной госпитализации для родителей/опекунов являлось отсутствие речи у ребенка, а меньшую озабоченность вызывало девиантное поведение, которое ими расценивалось как особенности характера и больше связывалось с психологическими причинами на какую-либо ситуацию.

Чаще всего нарушения поведения возникали в двухлетнем возрасте -- 31 ребенок (28,0%), у 22 детей (19,8%) в возрасте 3 лет, у 19 детей (17,1%) в возрасте 1,5 лет, у 14 детей (12,6%) до 1,5 лет, 7 детей (6,3%) после 4 лет, 5 детей (4,5%) после 5 лет. Родители 13 детей (11,7%) затруднялись сообщить возраст начала девиантного поведения.

В таблице 3 представлены формы девиантного поведения в трех возрастных периодах:

Таблица 3 - Проявления девиантного поведения в трех возрастных периодах

Форма девиантного поведения	Периоды дошкольного возраста			Уровень достоверности, р
	Младший (3-4 года) N=38 (100%)	Средний (4-5 лет) N=40 (100%)	Старший (5-7 лет) N=72 (100%)	
Гиперактивность	16 (42,1%)	20 (50,0%)	29 (40,3%)	p>0,05
Физ. агрессия	7 (18,4%)	8 (20,0%)	18 (25,0%)	p>0,05
Аутоагрессия	2 (5,3%)	10 (25,0%)	15 (20,8%)	p>0,05
Негативизм	12 (31,6%)	18 (45,0%)	25 (34,7%)	p>0,05
Раздражительность	4 (10,5%)	8 (20,0%)	13 (18,1%)	p>0,05
Возбудимость	12 (31,6%)	22 (55,0%)	29 (40,3%)	p>0,05

Проявления проблемного поведения у детей с аутизмом связаны с развитием ребенка и могут изменяться в зависимости от возраста. Для детей младшего дошкольного возраста характерны гиперактивность, негативизм и возбудимость, в то время как у детей

старшего дошкольного возраста к перечисленным поведенческим нарушениям добавляется раздражительность, физическая агрессия и аутоагрессия. Несмотря на недостоверность различий, из таблицы 4 видно, что поведенческие нарушения нарастают к 5-7 годам, т.е. ко «второму возрастному кризу», который может быть связан с повышенными социальными требованиями, характером воспитания в семье, психологическими причинами и сопутствующей патологией.

Степень тяжести аутистических расстройств оценивалась по шкале CARS. Обследовано 99 детей из 150. В таблице 4 представлена информация о частоте встречаемости тяжести аутистических расстройств в группах:

Таблица 4 - Частота встречаемости тяжести аутистических расстройств в группах

Степени тяжести шкалы CARS	1 группа N=111 (100%)	2 группа N=39 (100%)	Уровень достоверности, р
Легкая степень (n=3)	2(1,8%)	1 (2,6%)	p>0,05
Умеренная степень (n=5)	3(2,7%)	2 (5,1%)	p>0,05
Тяжелая степень (n=91)	69(62,1%)	22 (56,4%)	p>0,05

Несмотря на недостоверность различий, тяжелые аутистические проявления отмечались в основной группе в сравнении с группой контроля.

В работе были выявлены факторы, влияющие на формирование девиантного поведения у детей с аутизмом.

При выявлении и коррекции психологических причин девиантного поведения использовался метод функционального анализа поведения, называемый «трехфакторной последовательностью обусловливания», основанный на поведенческом подходе, характеризующийся тем, что вначале возникает провоцирующий стимул, затем появляется нежелательное поведение (рисунок 1) Мелешкевич О., Эрц Ю. (2021).

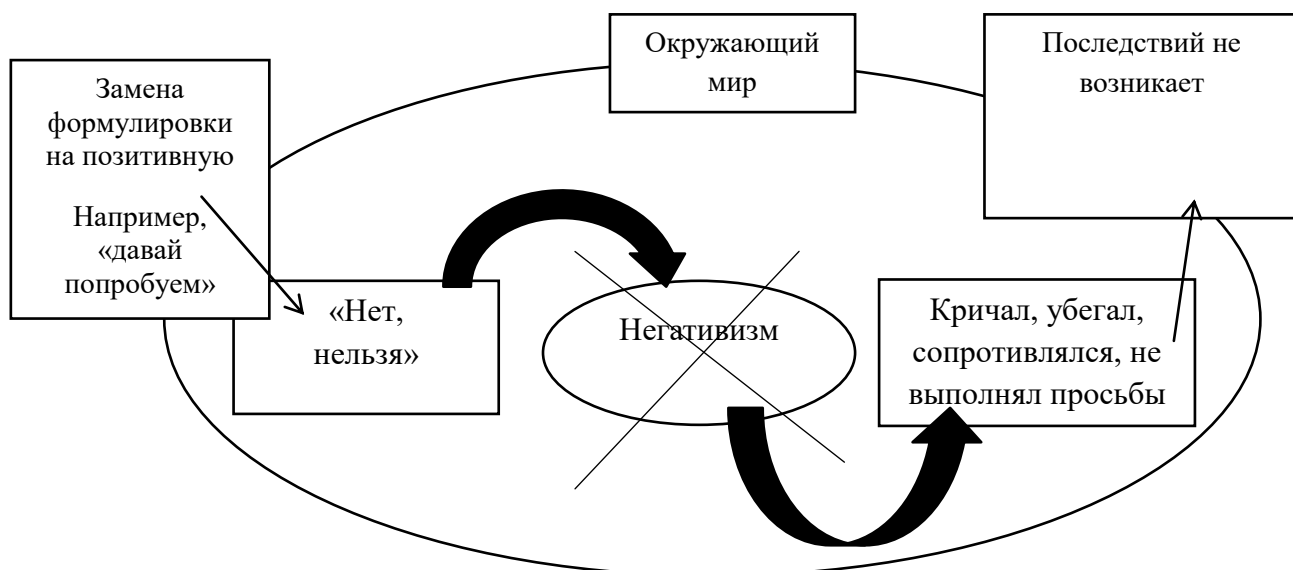


Рисунок 1 - Трехфакторная модель обусловливания на примере негативизма

В результате функционального анализа поведения (в данном случае, негативизма) было выяснено, что оно запускалось после употребления взрослыми слов «нет» и «нельзя» в повседневной речи (стимул), где необходимо было установить ограничения или запреты. Далее возникали последствия поведения, где ребенок отказывался выполнять требования родителей, кричал, убегал, падал на пол, не поддавался уговорам родителей. Для редукции негативизма проводилась работа с родителями и им предлагалось изменить формулировку запретов или ограничений на более позитивную без использования позитивного подкрепления (ласки, сладости и пр.) в момент нарушенного поведения.

Провести в исследовании полный анализ психологических причин, оказывающих влияние на девиантное поведение при аутизме, оказалось затруднительным, так как их достаточно много. При этом данные проявления у каждого ребенка индивидуальны и требуют длительного клинического наблюдения в различных жизненных контекстах. С родителями проводились беседы и предлагались стратегии по коррекции девиантного поведения.

Помимо психологических причин на формирование девиантного поведения могли влиять факторы сопутствующей патологии (соматической, психической, неврологической).

Во время госпитализации у детей впервые были выявлены соматические расстройства (таблица 5):

Таблица 5 - Частота распределения сопутствующей соматической патологии до госпитализации и выявленной в процессе госпитализации в основной группе и группе сравнения

Соматическая патология, шифр МКБ-10	Группа с девиантным поведением N=111 (100%)	Группа без проявлений девиантного поведения N=39 (100%)	Всего Абс. (%) N=150 (100%)	Уровень достоверности, р
Стоматологические болезни				
Стоматит К 12				
До госпитализации	-	-	-	-
Во время госпитализации	1 (0,9%)	0	1 (0,7%)	p>0,05
Кариез К 02				
До госпитализации	-	-	-	-
Во время госпитализации	18 (16,2%)	3 (7,7%)	21 (14,0%)	p>0,05
ЛОР болезни				
Средний отит Н 65.0				
До госпитализации	-	-	-	-
Во время госпитализации	10(9,0%)	0	10 (6,7%)	p<0,01
ГНМ J 35.1				
До госпитализации	-	-	-	-
Во время госпитализации	11 (9,9%)	5 (12,8%)	16 (10,7%)	p>0,05
ОРВИ (часто болеющий ребенок) J00-J06				
До госпитализации	-	-	-	-
Во время госпитализации	37 (33,3%)	16 (41,0%)	53 (35,3%)	p>0,05
Желудочно-кишечные болезни				
Функциональный запор К 59.0				
До госпитализации	11 (9,9%)	4 (10,3%)	15 (10,0%)	p>0,05
Во время госпитализации	1 (0,9%)	0	1 (0,7%)	p>0,05
Кожные заболевания				
Аллергический дерматит L 23.0				
До госпитализации	10 (9,0%)	2 (5,1%)	12 (8,0%)	p>0,05
Во время госпитализации	3 (2,7%)	1 (2,6%)	4 (2,7%)	p>0,05

Клиническое наблюдение показало, что наличие сопутствующей соматической патологии оказывало влияние на проявления девиантного поведения усилением или появлением новых симптомов. Например, болевой синдром (боль в животе при желудочно-кишечной патологии, боль при ЛОР-заболеваниях, боль при стоматологических патологиях) приводил к увеличению стереотипий, аутоагрессии, возбудимости и раздражительности; наличие кариеса приводило к аутоагрессии (кусанию пальцев рук, других частей тела); выявление или обострение аллергических дерматитов сопровождалось сухостью кожных покровов, зудом, расцарапыванием, что приводило к плаксивости, нарушениям сна и раздражительности; капризность и плаксивость появлялись в период продрома ОРВИ.

Перечисленные поведенческие реакции приводили к изменениям в повседневной жизни ребенка. Нарастающий каскад нарушений ограничивал доступ ребенка к общественным мероприятиям или социальным взаимодействиям, что влекло за собой социальную изоляцию, снижение качества жизни и еще большее ухудшение психологического состояния.

Нами помимо нарушений поведения были выявлены другие сопутствующие психические расстройства (таблица 6):

Таблица 6 - Частота распределения сопутствующей психической патологии, выявленной в процессе госпитализации детей с РАС

Сопутствующая психическая патология, Шифр МКБ-10	Группа с девиантным поведением N=111 (100%)	Группа без проявлений девиантного поведения N=39 (100%)	Всего N=150 (100%)	Уровень достоверности, p
Задержка психо-речевого развития F 80.82	8 (7,2%)	5 (12,8%)	13 (8,7%)	p>0,05
Умственная отсталость (F 70-72)	100 (90,1%)	32 (82,1%)	132 (88,0%)	p>0,05
Расстройство экспрессивной речи F80.1	111 (100%)	39 (100%)	150 (100%)	p>0,05
Нарушения сна F 51	40 (36,0%)	12 (30,8%)	52 (34,7%)	p>0,05
Тревожное расстройство F93.0	39 (35,1%)	18 (46,2%)	57 (38,0%)	p>0,05

Фобическое тревожное расстройство F 93.1	18 (16,2%)	9 (23,1%)	27 (18,0%)	p>0,05
--	---------------	--------------	---------------	--------

У всех 150 детей отмечались речевые нарушения разной степени выраженности, начиная от специфических расстройств речевой артикуляции до речевого недоразвития и в тяжелых случаях вплоть до анартии.

Интеллектуальные нарушения у детей подтверждались с помощью психодиагностического обследования. В отделении до 2019 года оценка познавательного уровня у детей проводилась на основе методик С.Д. Забрамной и О.В. Боровик, методик Э.И. Леонгарда и Г.А. Выготской, методических рекомендаций И.Я. Семаго и М.М. Семаго. С 2019 года в отделении предпринималась попытка проведения методики Д. Векслера (детский и дошкольный варианты), но трудность проведения данной методики заключалась в том, что она не была адаптирована для детей с РАС и полученные результаты интерпретировались с осторожностью. В последующем методика не применялась.

Наиболее распространенными эмоциональными расстройствами являлись тревожные расстройства, депрессивные нарушения в виде плаксивости, негативизма, боязливости, социальной фобии.

Тревожность возникала в ситуациях разлуки с родителями, нахождением в игровой среде большого количества детей, в ситуациях экспериментально-психологического методов обследования, проявлялась плаксивостью, мышечным напряжением, беспокойством, отказом от игровой деятельности, негативизмом.

Нарушения сна у детей с аутизмом включали в себя: трудности с засыпанием в результате перегрузки сенсорных систем, тревоги, что приводило к бессоннице и периодам бодрствования среди ночи; пробуждения среди ночи и дальнейшее бодрствование с невозможностью дальнейшего засыпания; инверсию дня-ночи в результате неправильно организованного режима, когда ребенок днем спит, а ночью бодрствует и попытки изменить режим вызывали негативизм, возбудимость, раздражительность. Данные нарушения приводили к изменению настроения в течение дня, раздражительности, плаксивости, негативно сказывались на обучающей деятельности и приводили увеличению стресса у родителей.

В нашем исследовании выявлены сопутствующие неврологические заболевания, которые встречаются у детей с РАС и оказывают влияние на формирование девиантного поведения. Получены следующие данные (таблица 7):

Таблица 7 - Частота распределения сопутствующей неврологической патологии в группах

Неврологическое заболевание, шифр МКБ-10	1 группа N=111 (100%)	2 группа N=39 (100%)	Всего N=150 (100%)	Уровень достоверности, р
Энцефалопатия G 93	56 (50,5%)	16 (41,0%)	72 (48,0%)	p>0,05
Эпилепсия G 40	6 (5,4%)	1 (2,6%)	7 (4,7%)	p>0,05
ДЦП со спастическ. Парапарезом G 80	1 (0,9%)	0 (0%)	1 (0,7%)	p>0,05

В период госпитализации выявленные неврологические заболевания, особенно эпилепсия, у 6 детей сопровождалась возбудимостью, раздражительностью, гиперактивностью, негативизмом, речевым недоразвитием, нарушениями сна. Дети, у которых сопутствующим заболеванием была эпилепсия, проявляли наиболее тяжелые формы девиантного поведения и тяжелее поддавались коррекции.

В результате выявленных факторов, влияющих на формирование девиантного поведения у детей с РАС, нами были разработаны общие принципы коррекции данного поведения:

1. Как можно более раннее начало коррекции девиантного поведения.
2. Коррекционные мероприятия девиантного поведения должны быть персонифицированными и включать в себя не только медикаментозные, но и немедикаментозные методы вмешательства, основанные на прикладном анализе поведения.
3. Оказание коррекционной помощи должно быть на долгосрочной основе.
4. Оказание коррекционной помощи при девиантном поведении в системе родитель-ребенок-окружающая среда.

Перед назначением психофармакотерапии, сначала проводился функциональный анализ поведения. Выявлялись психологические факторы, которые могли запускать процесс девиантного поведения, затем исключалась сопутствующая патология, которая могла быть фактором проблемного поведения и лишь затем проводилась медикаментозная коррекция. В коррекции девиантного поведения чаще использовался 1 препарат реже 2 препарата с учетом переносимости и лекарственного взаимодействия.

Согласно проведенному нашему исследованию, по состоянию на 2019 год, лечение и коррекция расстройства аутистического спектра у 49 детей (44,1%) из 111 детей осуществлялась в соответствии с клиническими рекомендациями, разработанными в 2015 году.

Клинические рекомендации (2015) предлагали использование широкого спектра лекарственных препаратов, учитывая возраст пациента и тип РАС, включая как психотическую, так и не психотическую формы этого расстройства.

В рекомендациях не учитывались индивидуальные особенности и потребности каждого пациента, а также не уделялось должного внимания психообразованию родителей. На протяжении госпитализации не выявлялась сопутствующая патология, осложняющая течение аутизма. В рамках медикаментозной коррекции использовались препараты всех групп и их сочетания в высоких дозах, что приводило к полипрагмазии и отсутствию эффектов от терапии.

До 2020 года в отделении с целью коррекции девиантного поведения (в соответствии с клиническими рекомендациями 2015 года) использовались следующие антипсихотики: галоперидол, рисперидон, перициазин, хлорпротиксен, тиоридазин, клозапин (вне инструкции), хлорпромазин. Проанализировано 49 медицинских карт. При этом отсутствие редукции симптоматики отмечено у 15 детей (38,5%), неполная редукция у 22 детей (56,4%) и полное исчезновение симптоматики лишь у 2 человек (5,1%).

С 2020 года изменился подход к лекарственной терапии в учреждении, и стали применяться преимущественно антипсихотики последних поколений.

Из антипсихотиков использовались: рисперидон, аripипразол, перициазин, галоперидол. При сравнении антипсихотической терапии в разные периоды лечения, можно сделать вывод, что с 2020 г достижение полной редукции стало выше почти в 10 раз (до 2020 – полная редукция у детей принимавших антипсихотики 5,1 %, с 2020 г – 48,9 %), состояния неполной редукции и отсутствия редукции снизились на 13,8% и 30% соответственно. Несмотря на недостоверность различий.

До 2020 года из транквилизаторов использовались гидроксизин и бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (вне инструкции), из антидепрессантов – амитриптилин.

С 2020 года из транквилизаторов использовался гидроксизин, а из антидепрессантов флувоксамин. Амитриптилин в коррекции эмоциональных нарушений не применялся.

При сравнении результатов лечения группы транквилизаторов за два периода лечения состояние полной редукции до 2020 г. отсутствовало, тогда как с 2020 года полная редукция

отмечалась у 6 детей (50%) из 12. Состояния неполной редукции и отсутствие редукции отмечались в равной степени до 2020г, по сравнению с полученными результатами лечения с 2020г., где отсутствие редукции не отмечалось, а полная и неполная редукции отмечались в равной степени.

При сравнении результатов лечения группой антидепрессантов с 2020 года состояние полной редукции оказалось выше в 4 раза, отсутствие редукции снизилось на 25,1% и состояние неполной редукции осталось без изменений по сравнению с лечением до 2020г.

Помимо вышеперечисленных препаратов, до 2020 года использовалась группа ноотропов (гопантеновая кислота, никотиноил гамма-аминомасляная кислота, аминифенилмасляная кислота, гамма-аминомасляная кислота, пирацетам, комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи, полипептиды коры головного мозга скота). С 2020 года ноотропы в лечении не использовались на основании клинических рекомендаций (2020 г.), отказа родителей из-за появления у детей побочных эффекта в виде возбудимости, неуправляемости, нарушений сна.

В качестве немедикаментозных методов до 2020 года предлагались психолого-педагогическая коррекция (занятия с логопедом, дефектологом) и психосоциальная реабилитация вне стационара. Методы, основанные на принципах прикладного анализа поведения, в отделении не проводились. Психообразование родителей практически не проводилось.

С 2020 года при госпитализации детей в психиатрическое отделение использовался комплексный индивидуальный подход с учетом возрастных особенностей, сопутствующей патологии, как возможной причины девиантного поведения, дополнительных методов исследований и клинических проявлений.

В связи с обновлением клинических рекомендаций в 2020 году, в отделении стало уделяться особое внимание психообразованию и поддержке родителей, что позволило родителям получить необходимые знания и навыки для эффективной поддержки своих детей. Кроме того, больше внимания уделялось эффективным методам помощи, основанных на прикладном анализе поведения.

Таким образом, проведенное исследование, посвященное теме девиантного поведения у детей дошкольного возраста с аутизмом, подтверждает результативность комбинированного персонифицированного подхода в коррекции отклоняющего поведения. Он включает в себя тщательную диагностику, выявление факторов, влияющих на поведение, коррекцию сопутствующей патологии (соматической, неврологической, психической), применение методик, основанных на прикладном анализе поведения и адекватную

психофармакотерапию. Взаимодействие на оси родитель-ребенок-окружение также играет важную роль, позволяя уменьшить необходимость в препаратах или повышая их эффективность. Психообразование родителей улучшало внутрисемейные отношения, взаимодействие с ребенком, помогало лучше понять причины девиантного поведения и разработать стратегии предотвращения поведенческих нарушений. Пациент-ориентированный подход способствует эффективной редукции девиантного поведения, повышая качество жизни детей и их семей, способствуя успешной социализации.

Практические рекомендации

В результате исследования и практики были разработаны практические рекомендации по выявлению и коррекции девиантного поведения у детей с РАС, которые применимы и могут себя реализовать в стационарных условиях, на этапах амбулаторной помощи и реабилитационных мероприятиях.

Программа проводится поэтапно и последовательно:

1) Этап диагностики включает проведение структурированного интервью с родителями с целью диагностики аутизма и выявления девиантного поведения. Выясняется информация, когда впервые возникло девиантное поведение и в какой форме, ситуации в которых чаще возникает отклоняющееся поведение, через какое время купируется состояние.

2) Этап оценки общего медицинского состояния ребенка. Если ребенок наблюдается у специалиста, изучается медицинская документация о сопутствующих заболеваниях. Если ребенок не наблюдался специалистами ранее, то врачом-педиатром проводится детальной опрос о возможных сопутствующих заболеваниях ребенка и тщательный физикальный осмотр, чтобы исключить медицинские причины, которые могли быть связаны с поведенческими симптомами. В случае выявления соматической патологии, законным представителям или опекунам предлагается дообследование и лечение ребенка.

3) Далее проводятся консультации специалистов:

- Консультация врача-невролога необходима при нарушениях сна, утрате приобретенных навыков, судорогах, потере сознания, при установленной эпилепсии, а также в случае необходимости коррекции лечения и обсуждения дальнейшего плана лечения.

- Консультации стоматолога, ЛОР-врача, гастроэнтеролога, дерматолога для исключения патологий, сопровождающихся болевым синдромом, локальным или общим дискомфортом.

- Консультация логопеда с целью оценки уровня речевого развития, понимания и использования речи.

- Консультация психолога с оценкой девиантного поведения в различных контекстных ситуациях (в игровой деятельности, при взаимодействии с родителями, посторонними людьми) и с использованием психометрических инструментов

- Консультация психотерапевта с целью оценки внутрисемейных отношений, коммуникации между членами семьи, навыков родительского управления и адаптации семьи в обществе.

5) После диагностики врач-психиатр разрабатывает индивидуальный план лечебного курса с учетом особенностей каждого ребенка и целей лечения. Такой подход позволяет разработать наиболее результативные и персонализированные методы лечения и интервенции.

6) Психотропные препараты назначаются только при выявлении у ребенка коморбидной психической патологии.

7) Психообразовательные беседы являются неотъемлемой частью лечения и позволяют родителям получить необходимую информацию и поддержку по вопросам воспитания детей с РАС и стратегии по коррекции девиантного поведения. Психообразовательные семинары для родителей проводятся по следующим темам: Что такое РАС. Особенности развития ребенка с РАС. Речевые нарушения у детей с аутизмом. Сенсорные нарушения при РАС. Расстройства пищевого поведения у детей с РАС. Нарушения сна у детей с РАС. Проблемное поведение. Взаимосвязь с сопутствующими нарушениями. Доказательные вмешательства при РАС. Что важно знать родителям методах помощи при аутизме. Где получить информацию об аутизме и помощь? Польза и вред гаджетов при обучении детей с РАС.

8) Регулярная оценка и мониторинг прогресса по реализации индивидуального плана коррекции с целью определения эффективности и внесения корректировок при необходимости.



Рисунок 2 - Блок-схема по диагностике и коррекции девиантного поведения

ВЫВОДЫ

1. Распространенность девиантного поведения у детей дошкольного возраста (3-7 лет) с аутизмом составляет 74%.

2. Характер нарушений поведения имеет возрастные особенности:

2.1 У детей 3-4-летнего возраста наиболее часто наблюдаются гиперактивность (42,1%), негативизм (31,6%), агрессия (18,4%), раздражительность (10,5%) и аутоагрессия (5,3%).

2.2 У детей 4-5-летнего возраста чаще наблюдаются гиперактивность (55,0%), негативизм (45,0%), аутоагрессия (25,0%), агрессией у 20,0%, раздражительность (20,0%).

2.3 У детей 5-7-летнего возраста - гиперактивность (40,3%), негативизм (34,7%), агрессия (25,0%), аутоагрессия (20,8%) и 18,1% детей раздражительность.

3. К факторам, способствующим формированию нарушения поведения относятся психологические факторы (в том числе социальные требования и характер воспитания в семье) и факторы сопутствующей патологии (психические, соматические, неврологические).

3.1 Психологические факторы включают в себя привлечение внимание (проявляется возбудимостью, агрессией), запреты со стороны взрослых и ограничения (проявляется негативизмом), непереносимость громких звуков и шумов (проявляется тревожностью, боязливостью, гиперактивностью), разлука с родителями (проявляется плаксивостью, возбудимостью, негативизмом), нежелание выполнять задания на занятиях (проявлялось агрессией).

3.2 К факторам сопутствующей соматической патологии относятся (гастроэнтерологические нарушения, кожные заболевания, ЛОР-патология, стоматологические нарушения). Лор болезни выявляются у 75,7% детей с нарушениями поведения, стоматологические нарушения у 14,7%, кожные заболевания (в том числе аллергические с кожными проявлениями) у 2,7% и гастроэнтерологические нарушения у 0,7%.

3.3 Среди сопутствующей неврологической патологии у детей с РАС с девиантным поведением выявляются эпилепсия (4,7%) и энцефалопатия (48%) .

3.4 Факторы сопутствующей психической патологии у 100% детей представлены речевыми нарушениями, у 88,0% детей интеллектуальной недостаточностью, у 38,0% детей тревожными расстройствами, у 34,7% детей нарушениями сна и у 18,0% детей фобическим тревожным расстройством.

4. Для обеспечения наибольшей эффективности лечения детей с девиантным поведением важно выявление факторов риска и формирования нарушений поведения у детей с РАС и коррекция сопутствующей патологии в сочетании с психообразованием родителей.

5. Для коррекции девиантного поведения у детей с аутизмом рекомендовано использовать комплексную программу помощи

6. С учетом последовательных этапов диагностики (осмотр педиатром, направление к профильным специалистам по показаниям с целью коррекции сопутствующей патологии), реализуемая на сочетании психофармакотерапии и немедикаментозных методов, основанных на прикладном анализе поведения, психообразования родителей и психопрофилактики, которая показала свою результативность и может использоваться врачами-психиатрами в своей практике.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Портнова А.А., Сединкина Э.Е. Нарушение поведения у детей с расстройством аутистического спектра // Социальная и клиническая психиатрия.- 2021.- Т 31, №4.- С. 99 – 102.

2. Сединкина Э.Е. Клиническая оценка проблемного поведения детей дошкольного возраста с Расстройствами аутистического спектра // Российский психиатрический журнал.- 2022.- №3.- С. 62-67.

3. Сединкина Э.Е. Логопедическая диагностика у детей дошкольного возраста с РАС (расстройствами аутистического спектра) в условиях стационарного отделения // Материалы Межрегиональной научно-образовательной конференции, посвященной 125-ти летнему юбилею Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодниковой, г. Омск, 2022. – С.168.

4. Сединкина Э.Е. Клинические проявления нежелательного поведения у детей дошкольного возраста с Расстройствами аутистического спектра // Материалы конференции XX Мнухинских чтений «Детская психиатрия России: история и современность» (Санкт-Петербург, 24 марта 2023 г.). – С. 237.

5. Сединкина Э.Е. Взаимосвязь эмоциональных нарушений и нежелательного (проблемного) поведения у детей дошкольного возраста с РАС (расстройствами аутистического спектра) // Материалы XVI Всероссийской Школы молодых психиатров "Суздаль-2023" памяти Петра Викторовича Морозова (Суздаль, 13-17 апреля, 2023г.).

6. Сединкина Э.Е. Проявления девиантного поведения у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра в системе нарушенных детско-родительских отношений // Психическое здоровье.- 2023.- Т. 18. №11.- С. 12-19.