

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМЕНИ В.П. СЕРЬСКОГО
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Портнова А.А.

Москва-2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1	
ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	12
ГЛАВА 2	
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	34
2.1 Характеристика материала	34
2.2 Медико-социальная характеристика.....	36
2.3 Методы обследования.....	41
2.4 Методы коррекции.....	46
ГЛАВА 3	
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАС.....	48
3.1 Клинические проявления девиантного поведения.....	48
3.2 Возрастные особенности девиантного поведения.....	59
3.3 Динамика девиантного поведения.....	67
ГЛАВА 4	
ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАС.....	75
4.1 Факторы, связанные с психологическими причинами.....	75
4.2 Факторы, обусловленные сопутствующей соматической патологией.....	77
4.3 Факторы, обусловленные сопутствующей психической патологией.....	80
4.4 Факторы, обусловленные сопутствующей неврологической патологией.....	86

ГЛАВА 5

ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИЯ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ

ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАС.....89

5.1 Общие принципы коррекции девиантного поведения у детей с

РАС.....90

5.2 Этапы организации детской психиатрической службы с девиантным

поведением у детей с РАС.....93

5.3 Особенности клинического обследования детей с девиантным

поведением при

аутизме.....100

5.4 Психофармакотерапия.....104

5.5 Немедикаментозные методы коррекции девиантного поведения

детей с РАС111

5.6 Профилактика девиантного поведения у детей с РАС.....114

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....116

ВЫВОДЫ.....125

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ127

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....131

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ.....151

ПРИЛОЖЕНИЕ 1161

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

Под аутизмом в МКБ-10 (Международная классификация болезней – 10 пересмотра) рассматривается группа расстройств, которая характеризуется качественными аномалиями в социальном взаимодействии и общении и ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и деятельности (Международная классификация болезней – 10 пересмотра) [20].

Актуальность темы изучения нарушений поведений у детей с аутизмом обусловлена высокой распространенностью этой патологии в популяции [15, 16, 120, 161]; данные ВОЗ на 2023г.¹ и недостаточной разработкой лечебных подходов при оказании помощи детям с РАС.

Распространенность аутизма у детей до 8 лет в США за 2020 год по данным Центра по контролю профилактики и заболеваний (CDC, Centers for disease Control and Prevention) оценивается как 1:36². Учет детей с 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% [29]. Единого мнения относительно эпидемиологической ситуации при РАС не существует, как в зарубежных странах, так и в России, что делает проблему еще более актуальной.

Дети с аутизмом часто демонстрируют отклоняющее поведение в виде истерик, агрессии, сильного возбуждения, негативизма, аутостимуляции, аутоагрессии [19, 31, 62, 112, 150]. Самоповреждающее поведение относится к категории агрессивного поведения, которое человек направляет по отношению к себе и которое может привести к физическим травмам, например в виде повреждения тканей [154]. Распространенность самоповреждающего поведения у детей с РАС оценивается от 30% до 42%

¹ <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>; дата обращения 06.10.2023
² https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/72/ss/ss7202a1.htm?s_cid=ss7202a1_w, дата обращения 06.10.2023²

[161]. Аутоагрессия сопровождается ударами по голове и другим частям тела, расцарапыванием кожи, кусанием и щипанием самого себя, выдергиванием волос и ударами головой о твердые предметы [144].

Важно отметить, что каждый человек с аутизмом уникален и наряду с девиантным поведением может иметь различные сопутствующие нарушения или их комбинацию, которая осложняет течение аутизма, усугубляет адаптацию и нарушает качество жизни. В большинстве работ рассматриваются клинико-динамические особенности проблемного поведения в качестве коморбидной патологии [43, 59, 123, 162, 163]. У людей с аутизмом могут возникать сопутствующие 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. Маскирование коморбидности может быть обусловлено несколькими факторами. Во-первых, люди с аутизмом могут иметь ограниченные навыки коммуникации, что делает трудным распознавание и оценку состояния. Им может быть трудным описать свои симптомы или чувства, у них может быть недостаточная чувствительность к боли или дискомфорту. Во-вторых, маскирование коморбидной патологии может быть связано с общественными представлениями об аутизме. Так как аутизм часто ассоциируется с определёнными поведенческими и коммуникативными признаками, другие сопутствующие состояния могут быть недооценены или не приняты во внимание.

Наряду с девиантным поведением и сопутствующей патологией малоизученными остаются вопросы о влиянии факторов, которые провоцируют и закрепляют девиантное поведение, и сравнительной эффективности методов коррекции у детей дошкольного возраста с РАС.

Продолжается изучение эффективности и безопасности различных групп лекарственных средств при отклоняющемся поведении у детей с РАС

[49, 99, 110], а также отдельных коррекционных методик [47, 59, 75, 119]. Большинство исследователей сходится во мнении о комплексном персонифицированном подходе [99, 102, 127] с применением различных фармакологических групп в зависимости от симптоматики. В настоящее время приоритет в коррекции проблемного поведения отдается немедикаментозным методам, основанных на принципах АВА-терапии (Applied Behavior Analysis) или по-другому на принципах ПАП-терапии (Прикладного анализа поведения) [31, 41].

Вопрос о приоритетных направлениях терапии, среди которых предлагаются различные подходы, предусматривающие использование психофармакотерапии или комбинации этих методов, остается до сих пор открытым [160]. 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 аутизме 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.

В соответствии с поставленной целью, разработаны следующие задачи:

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 девиантного 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.

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.

Научная новизна исследования

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

Полученные результаты возрастных особенностей и форм девиантного поведения с учетом факторов, влияющих на формирование поведения, помогут в оценке девиантного поведения у детей с РАС и могут быть 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. Солодникова», врачами детского психиатрического отделения «ДГБ№1» г. Омска, врачами-психиатрами ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьским ПНД» г. Ноябрьска.

Методология исследования

Исследование проводилось на базе детского общепсихиатрического отделения «Детской городской больницы №1» г. Омска с 2019 – 2023 гг. Была проведена ретроспективная оценка историй болезни детей, проходивших лечение в отделении с 2010 – 2019 год. Всего выборку исследования составили 150 детей 3 – 7 лет обоего пола с аутизмом (108 мальчиков (72%) и 42 девочки (28%)). Постановка диагноза 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 (F 84.0, F 84.01, F 84.02), атипичный аутизм (F 84.1, F 84.11, F 84.12).

Критериями исключения являлись тяжелые хронические заболевания в стадии декомпенсации и шизофрения, детский тип.

Методами исследования являлись: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, 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 общее 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.

Анализ факторов, воздействующих на развитие девиантного поведения, проводился в несколько этапов. На первом этапе проводились сбор и систематизация данных, клиническое наблюдение за ребенком с регистрацией различных форм 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 (например, шум, свет и перегруженность информацией). Оценивались результаты, применимых психодиагностических инструментов (смотри 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 и социально-адаптивному поведению у детей.

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».

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).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 7 научных работ, из них 3 работы в журналах, рекомендуемых перечнем ВАК.

Объем и структура работы

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 1 приложения. В тексте работы 26 таблиц, 7 рисунков, 1 блок-схема, 2 клинических примера. Список использованной литературы включает 163 источника (31 русскоязычных источников, 132 иностранных источника).

ГЛАВА 1

ДЕВИАНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РАС) (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Детский аутизм – не новая проблема в психиатрии. Изначально детей с проявлениями аутизма относили к шизофрении, затем к детским психозам или к проявлениям органического поражения ЦНС [12]. Лишь в последние десятилетия область понимания аутистического спектра претерпела изменения, что привело к замене термина с "детского аутизма" на "расстройства аутистического спектра". Изменение в терминологии отражает научные открытия и расширение знаний об этом расстройстве.

Термин РАС введен с целью включения всех возрастных групп. Под ним объединяются все аутистические расстройства – от тяжелых проявлений до более легких и социально-адаптивных. Данный термин помогает устранить ограничения, связанные с детским возрастом, и открывает двери для исследования аутизма в других возрастных группах людей. Новый термин более точно отражает природу аутизма как спектра. Использование понятия РАС помогает уйти от стигматизации, связанной с более узким термином "детский аутизм". В предстоящей новой классификации болезни МКБ-11, внесены изменения в терминологию для описания аутизма. Вместо термина "детский аутизм" будет использоваться термин "расстройства аутистического спектра".

Несмотря на то, что аутизм является известной проблемой и широко обсуждается в научном сообществе, вопрос девиантного поведения у детей с аутизмом остается недостаточно исследованным. Недостаточно информации о причинах, механизмах возникновения отклоняющегося поведения у детей и методах профилактики и коррекции с данным проявлением.

Таким образом, актуальность исследования девиантного поведения у детей дошкольного возраста с аутизмом неоспорима. Расширение знаний в этой области позволит разрабатывать эффективные и адаптированные методики для работы с детьми.

В клинических рекомендациях по аутизму от 2020 года, РАС понимается как гетерогенная группа расстройств психологического развития с качественными социально-коммуникативными нарушениями и ограниченным, стереотипным, повторяющимся набором интересов и занятий [22].

Современная классификация аутизма включает в себя ранний детский аутизм, синдром Аспергера, атипичный аутизм, синдром Ретта, детское дезинтегративное расстройство, а также другие наследственные и генетические синдромы [20].

Согласно МКБ-10, аутизм характеризуется социально-коммуникативным дефицитом и ограниченным стереотипным поведением и интересами. Тяжесть симптомов при аутизме варьируется от одного пациента к другому, что приводит к множеству клинических проявлений [124]. Начало аутистических проявлений обычно можно наблюдать в детстве, причем признаки обнаруживаются уже в возрасте 18 месяцев [88].

Общая распространенность РАС среди 8-летних детей, проживающих в США на 2020 год по данным ADDM (Autism and Developmental Disabilities Monitoring, Сети мониторинга аутизма и нарушений развития) на 1000 детей составила 1:36 [122]. За последние два десятилетия оценки распространенности РАС среди детей в возрасте 8 лет, полученные Сетью ADDM, заметно возросли: с 6,7 (один из 150) на 1000 в 2000 году до 23,0 (один из 44) в 2018 году [121, 122].

По данным D. Christensen (2019) с соавторами распространенность РАС и других нарушений развития среди детей 4-летнего возраста составила 1:75 в 2010 г. и 1:59 в 2014 г. [120].

В России по официальным данным НЦПЗ РАМН на 1999 год частота встречаемости аутизма составила 26 случаев на 10000 человек (1:385) [3].

Официальный учет детей с РАС в РФ ведется с 2015 г. [15, 29]. Кроме того, согласно мониторингу общая численность людей с аутизмом за 2022 год составила 45888 человек и по сравнению с 2021 годом прирост составил 17% (6771 человек) [1]. Статистические данные по отдельным регионам РФ отличаются по различным причинам: недостаточная осведомленность врачей о РАС, ранняя или наоборот поздняя выявляемость расстройства врачами, подмена одного диагноза другим – умственной отсталостью, задержкой развития или шизофренией. Также нельзя не отметить позднюю обращаемость родителей детей, у которых есть данное заболевание.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения на 2023 год один ребенок из 100 страдает аутизмом. Эта оценка является усредненной цифрой. О распространенности аутизма в странах с низким и средним уровнем дохода на сегодняшний день неизвестно [2].

Ряд авторов сообщают о высокой частоте встречаемости коморбидной патологии при РАС, которая колеблется от 5 до 72% [61, 95]. Множественная коморбидность встречается более чем у 30% детей [61].

Среди наиболее часто встречаемых коморбидных расстройств являются тревожные расстройства, которые составляют от 1,47% до 54%, депрессивные расстройства у 1-10%, нарушения сна у 22-32% детей, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) среди детей 3-4-летнего возраста оценивается от 0% до 86% и расстройства пищевого поведения у 9-70% в разных исследованиях, нарушения сна у детей 3-4 лет от 6,39% до 12,75%, у детей 5-11 лет от 5,87% - 10,22% [43, 55, 61, 62, 70, 80, 86, 94, 95, 108, 115, 116, 127, 129, 137, 139, 140, 148, 163].

Интеллектуальные нарушения в возрасте 3-4 лет оцениваются в интервале от 0 % до 91% [866]. Различия в оценочных показателях связаны с

типом сообщаемой коморбидности и различиями в методологии исследований [95].

Клиническая картина аутизма в каждом возрастном периоде неоднородна и многообразна из-за различий в степени выраженности аутистических проявлений, времени возникновения симптомов, уровня интеллекта и иных контекстных условий. Хотя, проявления аутизма, как правило, уже могут быть заметны в раннем возрасте [75]. Помимо основных проявлений аутизма, дети могут демонстрировать девиантное поведение, не входящее в диагностические критерии аутизма.

Девиантное поведение (от лат. *Deviatio* – отклонение) – это понятие обозначает не столько сам факт отклонения, сколько склонность и готовность индивида (группы) порождать внешне наблюдаемые отклонения от общепринятых норм [9]. Термины девиантное и отклоняющее поведение могут заменять друг друга. Девиантное поведение занимает свою собственную нишу и выражает социально-психологический статус личности на оси социализация-дезадаптация-изоляция [9]. Процесс формирования девиантного поведения является постепенным и продолжительным, эволюционируя от едва заметных проявлений к более опасным и разрушительным формам. В результате подкрепления отклоняющего поведения, оно приобретает характер стереотипного и закрепленного паттерна поведения.

Е.В. Змановская отмечала, что понятие «девиантное поведение» трактуется разными специалистами с разных позиций, поэтому существует многообразие классификаций поведенческих нарушений [9].

Многочисленные попытки исследователей систематизировать поведенческие отклонения не привели к созданию единой классификации [9], то данное поведение у детей дошкольного возраста с аутизмом можно рассматривать с различных позиций. С медицинской точки зрения: девиантное поведение у детей с аутизмом как симптом или проявления

нейроразвития. С психологической точки зрения, девиантное поведение возникает в результате психологических причин, которые мешают развитию ребенка и его адаптации. Образовательная позиция, в данном случае учителя и специалисты по образованию, рассматривают девиантное поведение в контексте образовательной среды. Социальная позиция, а именно, социальные работники и специалисты по социальной интеграции девиантное поведение рассматривают в результате влияния общественного окружения. Семейная позиция: семейные психологи и родители сообщают, что внутренние взаимодействия в семье могут быть причиной девиантного поведения. Все эти позиции взаимосвязаны и могут быть использованы для комплексного понимания проблемы девиантного поведения у детей с РАС.

Указанные ниже авторы, проблемное поведение рассматривали с разных точек зрения. Например, Г.Е. Сухарева (1959), проблемное поведение рассматривала в рамках «психогенных реактивных состояний» [26]. В.В. Ковалевым (1979), нарушение поведения рассматривалось, как «разновидность патохарактерологических реакций с реакциями имитации, протеста (оппозиции), отказа, компенсации и гиперкомпенсации» [14].

А.Л. Венгер (2001) считал, что «устойчивые поведенческие комплексы представляют собой поведение ребенка, запускающиеся под воздействием внешних факторов и внутренних психологических предпосылок, которые подкрепляются со стороны ближайшего окружения, стремясь к повторению» [5].

Девиантное поведение Д.Н. Исаевым (2013) рассматривалось «низким интеллектуальным уровнем развития, незавершенностью формирования личности, отрицательным влиянием семьи и окружения» [11]. Помимо этого, Д.Н. Исаев (2013) отмечал, что причинами девиантного поведения в форме агрессии (пассивной или активной) являются повышенные социальные требования, внутрисемейные конфликты или психологические причины,

такие как чувство незащищенности или неудовлетворенная потребность в любви.

М. Chowdhury с соавторами (2010) выделяли следующие виды отклоняющего поведения, наблюдаемые у детей с РАС [147]: самоповреждение (удары головой, кусание рук, расчесы и царапанье), эскапизм (бегство без учета опасности), вербальное или физическое агрессивное поведение, постоянные отказы от просьб взрослых: от неповиновения до таких как избирательный мутизм или кататония, нарушение социальных норм и негативные эмоциональные изменения с крайней раздражительностью, беспокойством или эмоциональным расстройством, иногда вызванным крайней положительной эмоциональностью (возбудимостью).

В исследовании S. Buchanan-Pascall с соавторами (2017), поведенческие проблемы подразделяли экстернализирующие (т.е. поведенческие) и интернализирующие (т.е. эмоциональные). СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности), ОВП (оппозиционно-вызывающее поведение) и расстройство поведения относили к поведенческим проблемам, а тревожное расстройство, депрессивное расстройство к эмоциональным проблемам [142].

O'Nions с соавторами (2018) в своем исследовании сообщили, что проблемное поведение при РАС включает в себя самоповреждение, бегство, агрессию, порчу имущества и ненадлежащее поведение в общественных местах (часто называемое «вызывающим поведением») и крайняя степень раздражительности (например, гнев, разочарование, страдание, срывы) [87].

Поведенческие реакции Робертом Шраммом (2018) предложено подразделять на основании целей, которых добивается ребенок. Им выделено социально опосредованное позитивное поведение (цель – получение чего-либо); социально опосредованное негативное поведение (цель – избегание); автоматическое позитивное поведение (цель – получение желаемого без

участия людей); автоматическое негативное поведение (цель – избегание нежелательного без участия людей) [31].

Т.А. Бондарь с соавторами пришли к выводу, что под проявлением агрессии могут скрываться различные психологические причины, такие как потребность в сенсорных ощущениях, сенсорный дискомфорт при волевом вмешательстве взрослого, чувство страха, ситуация разочарования, ситуация тяжелого эмоционального переживания, непосильные требования со стороны взрослого ребенку, истощение, ограничение режима или правил, склонность ребенка к бурному проявлению чувств, трудность коммуникации, привлечение внимания к себе, достижение цели и самоутверждение, одиночество, патологическое влечение [19].

Стоит отметить, что в МКБ-10 девиантное поведение не обозначено как отдельное расстройство, но рассматривается в рамках «Поведенческих и эмоциональных расстройств, обычно начинающихся в детском и подростковом возрасте» (F90-F98) [20]. Однако, в МКБ-11 (Международной классификации болезней 11 пересмотра) будет применяться термин "деструктивное расстройство" [89].

В целом, исследования девиантного поведения у детей с аутизмом продолжаются, и результаты этих исследований важны для формирования методов вмешательства и поддержки для данной группы детей. Понимание причин девиантного поведения помогает разрабатывать эффективные стратегии для обучения и развития, улучшает качество жизни и повышает социальную интеграцию.

Исследования отклоняющего поведения ранее относились преимущественно к подростковому возрасту, однако, данное поведение может проявлять себя уже в раннем и младшем дошкольном возрасте в виде вредных привычек (сосание пальца, кусание ногтей), отказа от еды, непослушания, агрессивного поведения, гиперактивности [9].

Как часто бывает в исследованиях РАС, природа и серьезность проблемных форм поведения значительно различаются у людей из этого спектра; есть люди, которые испытывают относительно небольшое количество таких проблемных форм поведения, в то время как многие другие демонстрируют одно или несколько проблемных форм поведения, которые достаточно значительны, чтобы вызывать клиническое беспокойство [84, 123].

Коморбидность является распространенным явлением среди детей с аутизмом. Это означает, что у детей обнаруживаются сопутствующие психические, неврологические или соматические нарушения, которые сочетаются с основным диагнозом аутизма. Состояния коморбидности у пациентов с аутизмом следует подозревать в случаях, когда основные симптомы не могут полностью объяснить состояние, или когда наблюдаются значительные изменения по сравнению с начальным уровнем или когда пациент не реагирует должным образом на предпринятые терапевтические меры [104].

Распространенные коморбидные состояния при РАС включают эпилепсию, проблемы со сном, желудочно-кишечные симптомы, поведенческие проблемы, СДВГ, тревогу и депрессию [42, 101, 105, 107, 157].

Дифференциальная диагностика сопутствующих нарушений и проявлений аутизма является одной из сложнейших задач, с которыми сталкиваются специалисты в данной области. Одной из основных сложностей является дифференциация между симптомами, которые прямо связаны с аутизмом, и теми, которые являются сопутствующими нарушениями. Некоторые проявления, такие как социально-коммуникативные нарушения и стереотипные движения являются основными критериями аутизма, но могут также быть признаками и других состояний, таких как задержка речевого и интеллектуального развития,

умственной отсталости, детским типом шизофрении или детской эксцентричностью.

Наконец, неоднозначность в оценке некоторых клинических проявлений может быть как симптомами аутизма, так и проявлениями других нарушений. Например, повышенный или пониженный уровень сенсорной сферы может быть связан и с аутизмом, но может быть характерен и для других неврологических или психических состояний. Здесь на помощь могут прийти специализированные методы исследования, такие как функциональная магнитно-резонансная томография или электроэнцефалографическое мониторирование для более точного определения и дифференцирования состояний. Это требует от специалистов тщательного анализа, комплексной оценки, а также умения провести дифференциальный диагноз.

Коморбидность может усугубить симптомы аутизма и усложнить процесс взаимодействия, образования и развития ребенка. Поэтому раннее обнаружение и управление коморбидными состояниями является важной частью комплексного и индивидуального подхода к коррекции детей с аутизмом.

Понимание факторов, которые влияют на девиантное поведение у детей с РАС, является «ключом» к разработке эффективных методов и стратегии работы с ними. Факторы, оказывающие влияние на развитие отклоняющего поведения, можно подразделить на психологические, психические, неврологические и соматические факторы.

Факторы, связанные с психологическими причинами у детей с аутизмом варьируются в зависимости от индивидуальных особенностей и степени выраженности аутистических расстройств. К психологическим факторам относятся: изменения в ритме семейной жизни, особенности воспитания, привлечение внимания, ситуации эмоционального дискомфорта и разочарования.

Дети с аутизмом реагируют на своё окружение и процессы воспитания иным образом, поэтому важно понимать, что изменения в ритме семейной жизни и подходы к воспитанию влияют на развитие. Планирование и соблюдение стабильности помогает детям чувствовать себя более комфортно и предсказуемо, что способствует их эмоциональному благополучию и развитию, нежели резкие непредсказуемые изменения, которые приведут к повышенному уровню тревоги и дискомфорту. К таким непредсказуемым событиям может относиться: появление незнакомого ребенка (гостя), визит родственников, смена места жительства, изменения в питании, конфликты в семье, реакции родителей на неправильное поведение ребенка, депрессивное и тревожное состояние родителей [83], характер отношений между родителями и детьми, уровень семейной гармонии или дисгармонии, характер отношений с родными братьями или сестрами [30].

В результате социально-коммуникативного дефицита, ребенок ведет себя агрессивно с целью привлечения внимания. Если агрессия была целью ребенка как привлечение внимания взрослого, то данное поведение закрепляется [19,38].

Конфликт между желаниями и возможностями ребенка зачастую оказываются непереносимым, и девиантное поведение является единственным доступным способом реагирования [19].

Факторы девиантного поведения, связанные с сопутствующей психической патологией осложняют течение аутизма у детей. В обзоре Hossain [126] было сообщено о двух исследованиях, оценивающих распространенность по крайней мере одного сопутствующего психического расстройства в интервале от 54,8% до 94%, причем наиболее частыми сопутствующими заболеваниями отмечались СДВГ, тревога, депрессивные расстройства и нарушения сна.

СДВГ характеризуется симптомами импульсивности, гиперактивности и невнимательности и может приводить к значительным ежедневным

нарушениям, влияя на социальное поведение, школьные занятия и семейную жизнь [106, 149]. Дети с недиагностированным РАС были более агрессивными, склонными к спорам и имели поведенческие трудности в раннем возрасте [65], имели тенденцию к расторможенности, импульсивности и оппозиционно-вызывающему поведению [71].

Тревожное расстройство при РАС отличаются от тревоги, которая считается нормальной возрастной тревогой или страхом, поскольку она вызывают значительный дистресс, нарушает функциональность, является чрезмерной для данной ситуации или сохраняется после периода, соответствующего развитию [82]. Среди тревожных расстройств, связанных с РАС, наиболее распространенными являются специфические фобии и генерализованное тревожное расстройство, за которыми следуют социальное тревожное расстройство и тревожное расстройство разлуки [163]. Дети с РАС часто испытывают эмоциональные и поведенческие трудности, когда их переполняет сенсорная стимуляция [82].

В исследовании М.С. Lai с соавторами (2019) обнаружили, что сопутствующая тревога усиливает социальные проблемы, сенсорные нарушения и повторяющееся поведение [127].

Депрессивное расстройство состоит из преимущественно подавленного или раздражительного настроения, сопровождающегося потерей интереса или удовольствия от ранее доставляемых удовольствий занятий, а также множеством других тревожных психологических и соматических симптомов, длящихся не менее 2 недель [64]. Депрессивные симптомы могут наблюдаться у детей, которых запугивают или у детей, которые испытывают трудности социального общения [44, 63]. Идентификация депрессии, когда она возникает в контексте РАС, является сложной задачей, учитывая совпадение общих симптомов депрессии и особенностей РАС, а также отсутствие доказательств, подтверждающих валидность широко

используемых инструментов оценки для диагностики депрессии у аутичных людей [54].

В некоторых исследованиях сообщено, что со сниженным качеством сна (задержка сна, снижение эффективности сна, уменьшение общей продолжительности сна, плохое поддержание сна/ночное пробуждение, сопротивление перед сном и дневная сонливость) [128] был повышен уровень дневного проблемного поведения (появление истерик, агрессии и саморазрушительного поведения) [39, 92, 108, 128]. Крупномасштабное исследование, проведенное Goldman показало, что у плохо спящих людей с РАС процент проблемного поведения был значительно выше, чем у хорошо спящих людей с РАС [138].

Дети с речевыми нарушениями не могут выразить о боли или дискомфорте, и вместо этого, часто демонстрируют разрушительное поведения в виде агрессии и самоповреждения [70].

Факторы девиантного поведения, связанные с проявлением неврологических расстройств также являются значимыми. Лонгитюдное исследование показало менее благоприятные клинические траектории у аутичных лиц с неврологическими расстройствами по сравнению с лицами с другими заболеваниями Doshi-Velez (2014) [66].

Распространенность эпилепсии оценивается в 7% случаев у детей дошкольного возраста с РАС, и сообщалось, что распространенность эпилепсии может увеличиться в 20–35% случаев во взрослом возрасте [90]. К неврологическим расстройствам относятся: эпилепсия, макроцефалия, гидроцефалия, церебральный паралич, мигрень/головные боли и врожденные аномалии нервной системы [40].

Например, некоторые повторяющиеся действия, наблюдаемые при РАС, такие как тикоподобные движения или необычные стереотипные движения, клинически сложно отличить от судорог [102].

Регресс, встречающийся при аутизме у 30% детей в возрасте 1,5 - 2 лет, характеризуется потерей или значительным ухудшением речевых, поведенческих и социально-коммуникативных навыков у детей [51]. Поведенческие нарушения при регрессе проявляются ригидностью и усилением стереотипного повторяющегося поведения [152].

Выявление факторов риска девиантного поведения, связанных с сопутствующими соматическими проблемами, имеет решающее значение для предоставления наиболее эффективных медицинских и социальных услуг детям, влияя на долгосрочные результаты [34].

Дети с аутизмом примерно в два раза чаще, чем их обычные сверстники, испытывают хроническую или рецидивирующую боль из-за сопутствующих соматических состояний [37, 161].

В настоящее время общепризнанно, что люди с аутизмом испытывают и выражают боль, но нетипично (например, измененными сенсорными порогами, гипо- или гиперчувствительностью, в том числе с поведенческими проявлениями). Например, синдром гипермобильности суставов может сопровождаться болевыми ощущениями и приводить к срывам в поведении [48]. Поведенческие проявления, такие как агрессия и самоповреждения, возникающие у некоторых детей с РАС, могут маскировать симптомы отита [33]. В связи с коммуникативными нарушениями эти виды поведенческих нарушений могут привести к поздно выставленным или пропущенным диагнозам среднего отита и связанных с ним осложнениями [114].

В оригинальном отчете Каннера, описывающем РАС, у большинства представленных детей были выявлены “проблемы с питанием”. С тех пор было обнаружено, что у детей с РАС до пяти раз чаще развиваются проблемы с питанием, такие как избирательность в еде, отказ от пищи и неправильный прием пищи внутрь [96], чем у детей с нормальным нервным развитием [103].

Около 9-70% детей с аутизмом страдают желудочно-кишечными болезнями, такими как запор, диарея или тошнота [70, 109].

В. Ferguson с соавторами (2019) в выборке из 340 детей и подростков с РАС и сопутствующими желудочно-кишечными нарушениями обнаружили проявления проблемного поведения на фоне соматического дискомфорта (тошноты) [148]. Боль в животе также может выступать в качестве триггера для вызывающего поведения [70]. Кроме того, люди с РАС и проявлениями желудочно-кишечных расстройств могут быть более раздражительными, замкнутыми или гиперактивными по сравнению с теми, у кого этих расстройств нет [53, 103]. Также было обнаружено, что боли в животе и запоры предсказывают вызывающее поведение, наличие диареи предсказывает истеричное поведение, а тошнота предсказывает беспокойство/депрессию и избегающее поведение [105, 105].

К нарушению пищевого поведения относятся 2 расстройства: избирательность в еде, связанная с повышенным риском дефицита питательных веществ или ожирением, и болезнь пика, связанная с повышенным риском интоксикации, включая отравление свинцом. В исследовании Kinnell (1985) было сообщено, что частота болезни пика выше в популяции с РАС (60%), чем в нейротипичной популяции в возрасте 1-6 лет (10-32%) [47].

Поддержка хорошего уровня гигиены полости рта довольно сложная задача, особенно для детей с РАС, поскольку они часто отказываются от чистки зубов щеткой [46, 73, 78]. В результате чего у таких детей повышен риск развития кариеса зубов и гингивита по сравнению с детьми без РАС [93]. В дополнение к плохой гигиене полости рта, часто сообщается о высокой частоте употребления сладкой пищи и напитков [57].

Наличие стоматологических проблем связано с сенсорной гиперчувствительностью у детей и может носить защитную функцию, которая включает попытки сбежать из стоматологической клиники или

кабинета, потому что сенсорная сфера усиливается под воздействием громких звуков, запахов от медикаментов или от вида стоматологической установки, в результате чего повышается уровень тревоги [33, 127, 33]. Р. Роора (2014) в исследовании сообщил, что аутоагрессия может быть следствием неспособности ребенка сообщить о боли, в том числе о стоматологической (кариес, пульпит), которую следует рассматривать, как усугубляющий фактор поведения.

Важной проблемой является в диагностике соматического заболевания является то, что дети с недоразвитием речи не могут сообщить своим родителям и/или опекунам о болевом синдроме или дискомфорте, вызванных дисфункцией кишечника, стоматологическими проблемами, головной болью и пр. Поэтому болевой синдром или дискомфорт могут стать источником гиперактивности, тревожности, агрессии, самоповреждений [79].

Помимо, вышеперечисленных факторов, отдельно стоит выделить факторы, связанные с приемом лекарственных средств, так как они могут усиливать проявления девиантного поведения. Поскольку у детей с РАС частым сопутствующим заболеванием является эпилепсия, в некоторых случаях прием левитирацетама может вызвать раздражительность [36]. Однако, необходимо быть внимательным и отличать проявления девиантного поведения, вызванного аутизмом, от побочных эффектов лекарственных средств. Побочные эффекты могут вызывать сонливость, изменения аппетита, нарушения внимания, раздражительность и другие проявления. Поэтому важно тщательно наблюдать за ребенком после начала приема препаратов и обращать внимание на возможные изменения в его поведении.

При приеме нейролептиков первой линии или атипичных антипсихотиков (рисперидон, арипипразол) при лечении раздражительности и агрессии может возникать невосприимчивость к лекарствам [68, 134]. Фармакологические препараты следует применять при самой низкой

эффективной дозе, а полипрагмазию – потенциально, ухудшающую поведенческие симптомы, следует избегать [33].

Врачи-психиатры, не обладающие достаточной информацией, могут некорректно оценить состояние пациента. Это, в конечном итоге, может привести к рекомендации неподходящих методов лечения – как медикаментозных, так и психолого-педагогических. Поведенческие проблемы и проявления аутизма у маленьких детей проявляются по-разному в зависимости от их возраста, воздействия окружающей среды, а также контекста ситуаций. Своевременная диагностика является первым шагом в обеспечении помощи детям с расстройствами аутистического спектра. Ранняя идентификация симптомов позволяет начать коррекционные мероприятия на ранних стадиях развития ребенка, что способствует более успешной адаптации и улучшению его качества жизни.

Сопутствующие расстройства значительно влияют на повседневное функционирование детей с РАС [67], поэтому Т.А. Бондарь с соавторами рекомендуют проводить анализ причин, которые влияют на агрессивное повлечь за собой изменение ситуации в положительную сторону [19].

Поскольку симптомы коморбидной патологии колеблются от 5 до 70% [95] и часто перекрываются симптомами РАС, проведение дифференциальной диагностики является сложной задачей, особенно при срывах в поведении или при нетипичном течение симптомов [109]. Вовремя выявленная и скорректированная сопутствующая (психическая, соматическая и неврологическая) патология в дальнейшем улучшит общее состояние и адаптацию ребенка.

Объективная оценка психического состояния играет ключевую роль в эффективности дальнейшей терапии и является обязательным условием в клинической практике. Эффективность использования инструментов для диагностики РАС зависит от возраста больных и важно помнить, что их использование дополняет, но не заменяет клиническое суждение [16].

В настоящее время существуют психодиагностические инструменты, которые помогают определить конкретные формы агрессии, степень выраженности проявлений аутистических расстройств и т.д. Однако, эти шкалы или опросники не предназначены для использования с детьми и подростками, страдающими РАС. Они могут быть полезны лишь для получения количественной оценки и дополнительной информации. К таким инструментам относятся: Рейтинговая шкала аутизма CARS (Childhood Autism Rating Scale) – инструмент для оценки степени выраженности аутизма у детей, применяемая у детей в возрасте от 2-х до 4-х лет; АТЕК (Autism Test Evolution Checklist), используется для оценки динамики улучшений детей с аутизмом; опросник сильных сторон и трудностей ССТ (Сильных сторон и трудностей) или опросник Гудмана – это краткий опросник отдельно для детей и родителей (опекунов), который может использоваться для оценки поведения у детей и подростков от 2 до 17 лет.

L. Scahill (2005) рекомендует включать в программу обследования при РАС несколько шкал оценки тяжести отклонений [133]. Но при обследовании ребенка не все специалисты владеют теми или иными методами диагностики, так как большинство шкал для оценки девиантного поведения не предназначены для детей дошкольного возраста или вовсе не используются в России, также они являются дорогостоящими и требуют специальной переподготовки. Исчерпывающее диагностическое обследование позволит выбрать тактику и методы лечебно-педагогической коррекции, диагностировать сопутствующую патологию, которая также требует коррекции.

Уникальность, свойственная аутизму, требует особого подхода к воспитанию и обучению. Спектр лечебно-педагогических программ для детей с аутизмом достаточно широк и выбрать наиболее подходящую в каждом отдельном случае родителям и специалистам трудно [23].

В настоящее время в коррекции девиантного поведения придерживаются комплексного персонифицированного подхода. Комплексный подход включает в себя психофармакотерапию и психолого-педагогическую коррекцию [58, 143, 119], что позволяет добиться положительных результатов.

Терапия первой линии состоит из поведенческих вмешательств, в то время как сопутствующие психические состояния, такие как тревога или агрессия корректируются с помощью специальных поведенческих видов терапии или медикаментозного лечения [85].

По данным исследований С. Belardinelli (2016), К. Jobski (2017) медикаментозный подход использовался у 50% детей с РАС при коррекции раздражительности, агрессии, нарушений сна и т.д., особенно когда тяжесть симптомов не позволяла ребенку участвовать в психолого-педагогической коррекции или когда поведенческое вмешательство терпит неудачу [50, 153].

Медикаментозная терапия может существенно снизить проявления девиантного поведения и, следовательно, способствовать улучшению адаптации и обучению ребенка. Поэтому перед назначением препарата рекомендуется провести тщательную диагностику: анализ побочных эффектов, эффекты ранее назначенных лекарственных препаратов и выявить сопутствующую патологию.

Определенная трудность заключается в том, что многие препараты нового поколения не рекомендованы для применения у детей дошкольного возраста. Именно поэтому спектр медикаментов в детском возрасте ограничен. Споры о целесообразности психофармакотерапии не прекращаются до настоящего времени [49, 99, 110, 118, 141].

Специфической медикаментозной терапии РАС не существует, но чаще всего в коррекции девиантного поведения используются антипсихотики [50]. Нейролептики в большинстве случаев позволяют улучшить состояние, но перед назначением типичного или атипичного антипсихотика необходимо

учитывать все риски и преимущества, связанные с применением каждого конкретного пациента, не забывая о возрастных рамках [25].

При коррекции девиантного поведения проблема заключается в ограниченном использовании атипичных антипсихотиков второго поколения. Вместо них назначаются антипсихотики 1 поколения, которые также ограничены в применении из-за возможных побочных эффектов. Поэтому оправдан поиск решения данной проблемы, чтобы при приеме препаратов свести к минимуму побочные проявления, улучшить адаптационные возможности ребенка и дальнейшую социализацию.

В России при коррекции отклоняющего поведения традиционно используются: галоперидол, хлорпромазин и другие антипсихотики, в то время как атипичные антипсихотики за исключением рисперидона (с 5 лет) и арипипразола (с 6 лет) имеют возрастные ограничения для применения. Арипипразол в России до 18 лет противопоказан и может использоваться только off-label (не по показаниям) [222].

Официальных крупных исследований рисперидона в России не проводилось, но есть зарубежные исследования, которые доказывают эффективность использования рисперидона и арипипразола [45, 69, 117, 135].

Исследование, проведенное Lawrence K. Fung (2016) является наиболее полным систематическим обзором и мета-анализом фармакологического лечения РАС на сегодняшний день. Проводилось сравнение 8 препаратов в лечении импульсивной агрессии у детей 2-17 лет, где было доказано, что рисперидон и арипипразол показали эффективность в лечении раздражительности у детей с аутизмом по сравнению с плацебо [117].

Помимо антипсихотиков используются другие группы препаратов, такие как антидепрессанты и транквилизаторы. Из группы антидепрессантов используются СИОЗС (Селективные Ингибиторы Обратного Захвата Серотонина) для снижения проявлений тревоги и проявлений обсессивно-компульсивных симптомов [132]. Психостимуляторы в России не разрешены

для использования. При СДВГ применяется атомоксетин из группы Симпатомиметиков центрального действия [222]. Поэтому вопрос о выборе и сочетании препаратов остается до конца нерешённым.

Поскольку сопутствующим заболеванием может быть эпилепсия, то использовать антипсихотики необходимо с осторожностью, с учетом противопоказаний и лекарственного взаимодействия с противоэпилептическими препаратами. В исследовании R.E. Frye (2013) 15,2% пациентов с РАС получали лечение противоэпилептическими препаратами, включая карбамазепин, вальпроевую кислоту и фенитоин, при этом родители сообщали о высокой удовлетворенности лечением [32]. Далее, в серии случаев из 66 детей с эпилепсией, 5 с РАС и 16 с симптомами, подобными РАС, сообщалось о пользе вальпроата, карбамазепина и этосуксимида при низкой частоте побочных эффектов, в отличие от клоназепама, фенитоина, фенобарбитала и нитразепама, которые, как было обнаружено, имели высокую распространенность побочных эффектов на поведение [77]. Кроме того, хорошо известно, что длительное лечение противоэпилептическими препаратами связано с другими побочными эффектами, такими как нарушение памяти и/или внимания или психомоторные изменения [52].

С. Гринспен (2013) рекомендует наблюдать за тем, в каких ситуациях возникает проблемное поведение, в результате чего можно понять, что для ребенка это обозначает. После того, как появилась гипотеза о том, зачем ребенок так делает, можно попробовать предложить ребенку более подходящие способы достижений тех же ощущений. Общий принцип коррекции у Гринспена заключается в том, чтобы предложить ребенку такой вид деятельности, который даст примерно тот же стимулирующий эффект, но позволит продвинуться в развитии и улучшить самоконтроль, контакты и взаимодействие [7].

С ростом распространенности аутизма происходит параллельное распространение методов лечения аутизма, когда семьи задаются вопросом, какое лечение лучше. В действительности, из-за гетерогенной природы расстройства, вместо того, чтобы сосредотачиваться на том, какое лечение РАС является подходящим, необходим более персонализированный подход для определения того, какое лечение будет наиболее эффективным [97].

Eman Shaltout с соавторами (2020) отметили, что единой согласованной системы классификации методов немедикаментозной коррекции в настоящее время не существует [130].

В руководстве по доказательным методам вмешательства при аутизме 2012 года описано 2 вида вмешательств: комплексное вмешательство, насчитывающие около 30 программ и целенаправленное вмешательство, т.е. направленное на работу со специальными навыками (поведенческими), развивающими (образовательными) и социальными (направленные на включение детей с РАС в общество).

Поведенческие вмешательства, включая дискретное пробное обучение (ДТТ, discrete trial training) и раннее интенсивное поведенческое вмешательство (ЕИВ, Early intensive behavioral intervention), считаются наиболее эмпирически подтвержденными методами лечения лиц с РАС [97]. В исследовании 1468 детей с РАС, получавших услуги раннего вмешательства, интенсивность и продолжительность лечения были значимыми предикторами улучшения академических и языковых навыков [41].

Использование определенных терапевтических методик может смягчать результаты. Например, визуальная поддержка (конкретные сигналы в сочетании со словесной подсказкой для предоставления ребенку информации о распорядке дня, активности или ожиданиях), которые обеспечивают адаптацию к учебным задачам, продемонстрировали успех при

различных методах лечения [154] и, следовательно, могут улучшить исход лечения.

Повышенный уровень тревожности у детей с РАС привел к использованию адаптированного когнитивно-поведенческого лечения (КПТ) для детей с РАС, считающейся научно обоснованной практикой [60, 72]. Адаптированные методы КПТ включают вовлечение родителей в лечение, использование визуальной поддержки и использование методов видеомоделирования, которые являются научно обоснованными методами вмешательства при РАС [72].

Индивидуальный план лечения требует учета возраста ребенка, уровня развития (IQ), вербальных навыков, навыков социального общения, повторяющегося поведения, исполнительных функций, наличия сопутствующих психических состояний и конечных целей лечения [97].

По мнению Е.Л. Григоренко (2018) для наибольшей эффективности результатов при аутизме можно объединить несколько методов вмешательства, основанных на доказательных принципах, с учетом индивидуальных проявлений аутизма и личностных особенностей [6].

Комбинированные подходы позволяют использовать меньшие дозы лекарств, улучшая прогноз. Но за всеми методами коррекции стоит другая проблемная область – неравенство в услугах в условиях доступности и использования их семьями с разным уровнем образованности и финансовой составляющей.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Детство – это первый критический этап жизни для психического здоровья. По данным ВОЗ, во всем мире 10% детей и подростков страдают психическими расстройствами и большинство из них не обращаются за помощью и не получают ухода. Последствия невнимания к психическому здоровью и психосоциальному развитию детей и подростков распространяются на взрослую жизнь и ограничивают возможности вести полноценную жизнь [2].

2.1 Характеристика материала

Исследование проводилось на базе детского психиатрического отделения «Детской городской больницы №1» г. Омска с 2019 – 2023 гг.

С целью решения поставленных задач применялись следующие методы:

1. Клинико-катамнестический метод

В основу легли клинико-катамнестические данные детей, проходивших лечение с 2010-2019 гг. на основе архивных историй болезни и прилагаемых документов (характеристика с детского сада, заключение ПМПК, сведения об инвалидности, результаты проведенных функциональных методов исследования).

2. Клинико-психопатологический метод

Исследование девиантного поведения в двух группах – основная группа проявлениями девиантного поведения и группа сравнения без проявления девиантного поведения.

3. Клинико-динамический метод

Динамика девиантного поведения отслеживалась на основе клинического наблюдения с учетом психологических факторов и факторов сопутствующей патологии.

4. Психометрический метод

Использовались Шкала выявления раннего детского аутизма CARS, Опросник ССТ, Адаптированная оригинальная шкала SCAS (The Spence Children's Anxiety Scale), Опросник эмоциональных отношений в семье Е.И. Захаровой (методика ОДРЭВ), Опросник по детской агрессивности (А. Романова), версия для родителей.

5. Статистический метод

С использованием статистической программы StatTech.

Выборку исследования составили 150 детей в возрасте 3-7 лет обоего пола (108 мальчиков (72%) и 42 девочки (28%)). Медиана возраста составила 4г 8мес.

Все дети прошли тщательное клиническое и психодиагностическое обследование, в ходе которого были изучены анамнез жизни и заболевания, выяснена информация о сопутствующих заболеваниях (психических, неврологических, соматических), особенности семейного окружения и социальный статус ребенка (ПМПК, МСЭ), проанализированы результаты функциональных методов исследования, изучен фармакоанамнез, в т.ч. информация о побочных и парадоксальных реакциях.

Постановка диагноза проводилась на основании критериев МКБ-10. Данные заносились в разработанную стандартизированную карту обследования (приложение 1).

Критериями включения в исследование являлись: 1) возраст детей от 3 до 7 лет обоего пола 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: 1) тяжелые хронические заболевания в стадии декомпенсации 2) шизофрения, детский тип.

2.2 Медико-социальная характеристика

Стоит отметить, что большинство родителей, а именно родители 134 детей из 150 (89,3%), изначально направились к неврологу по месту жительства по поводу задержки речевого развития. После рекомендации неврологов, родители 121 ребенка (80,7%) обращались за дополнительной помощью к психиатру. На момент первичного обращения к специалистам, ребенку было 1,5-2 года.

В направлении детей участковыми психиатрами в детское общепсихиатрическое отделение для обслуживания детского населения «ДГБ№1» предварительным диагнозом у 93 детей (62,0%) был выставлен Детский аутизм (F84.0), у 22 детей (14,7%) Органическое расстройство (F07.08), у 17 (11,3%) – Задержка речевого и интеллектуального развития (F80.82), у 9 (6,0%) – Легкая умственная отсталость (F 70.08), у 7 (4,7%) – Умеренная умственная отсталость (F71.08), у 1 (0,7%) – Расстройство рецептивной речи (F80.2) и у 1 (0,7%) – Детский тип шизофрении (F 20.863).

Однако, несмотря на наличие диагностических критериев, в некоторых случаях этот диагноз подменяется или вводится в заблуждение другими диагнозами. Отечественные специалисты продолжают рассматривать аутистические расстройства в рамках детской шизофрении [12], подменять диагноз Умственной отсталостью из-за сходства в симптоматике, Органическим расстройством из-за перинатальных факторов, которые могли повлиять на дальнейшее развитие ребенка без подтверждения функциональными методами обследования или Задержкой речевого развития из-за нарушенной коммуникации и недостаточно яркой симптоматики аутистических расстройств. Несвоевременно выставленный диагноз аутизма может создать ряд негативных последствий, таких как: проблемы в

социальной адаптации, в обучающей деятельности, отрицательно сказывается на психологическом состоянии семьи и создает негативный прогноз развития.

Во время поступления в детское психиатрическое отделение, фокус родителей 114 детей (76,0%) был сосредоточен на отсутствии речи и нарушенной коммуникации, игнорируя проблемы в поведении детей, считая, что умение общаться на языке даст ребенку больше шансов для взаимодействия, обучения и адаптации в обществе. Таким образом, они прикладывали больше усилий для обучения и стимулирования речевого развития у детей с аутизмом. Девиантное же поведение расценивали либо как характерологическую особенность, либо как результат функционирования головного мозга.

В результате исследования, удалось выявить девиантное поведение у 111 детей, что составляет 74,0% от общей выборки. В ходе анализа, было установлено, что девиантное поведения проявляется в различных формах.

Среди наблюдаемых проявлений отклоняющего поведения, наиболее распространенными оказались гиперактивность и возбудимость. У 64 (57,7%) детей выявлен высокий уровень гиперактивности, проявляющейся в постоянной двигательной активности и невозможности сосредоточиться на одной деятельности. У 63 (56,8%) детей зафиксирована возбудимость, проявляющаяся в повышенной реакции на внешние раздражители.

Кроме того, среди прочих проявлений девиантного поведения выявлен негативизм, физическая агрессия, аутоагрессия, раздражительность. У 55 (49,5%) детей был отмечен негативизм, выражающийся в сопротивлении взрослым и отрицательном отношении к правилам и требованиям.

Физическая агрессия, направленная на окружающих, проявилась у 33 (29,7%) детей. Аутоагрессия, то есть нанесение вреда самому себе, была зафиксирована у 27 (24,3%) детей. Раздражительность наблюдалась у 25 (22,5%) детей.

В ходе проведенного клинического анализа, нами были выявлены две основные группы пациентов. Первая группа включала 111 детей с диагнозом расстройства аутистического спектра (РАС) и проявлениями девиантного поведения. Вторая группа состояла из 39 детей с диагнозом РАС, но без проявлений девиантного поведения. 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%)	$p > 0,05$
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 (F84.0) и Атипичным аутизмом с умственной отсталостью (F 84.11).

Вопрос возраста, в котором ставится диагноз аутизма, является значимым. В нашем исследовании, средний возраст постановки диагноза аутизма составил 4,5 года. В настоящее время существует большая вариация возраста, когда впервые появляются симптомы аутизма [24] и когда специалисты замечают отклонения в развитии ребенка. Однако, общепринятым мнением является то, что чем раньше врачи выставят диагноз аутизма, тем лучше прогноз для ребенка. Ранняя диагностика позволит начать педагогическую коррекцию и терапию наиболее эффективным образом, учитывая особенности ребенка и его развитие. Возрастной состав в группах представлен в таблице 2:

Таблица 2 - *Распределение детей по возрасту в группах*

Возраст	1 группа N=111 (100%)	2 группа N=39 (100%)
3-4 года	29 (26,1%)	9 (23,1%)
4-5 лет	33 (29,7%)	10 (25,6%)
5-7 лет	49 (44,1%)	20 (51,3%)

Из таблицы видно, что в возрастной группе от 5 до 7 лет наибольший процент детей относится как к первой, так и ко второй группе. Период от 5 до 7 лет является «вторым кризовым возрастом» в дошкольном периоде. Это время сопровождается серьезными изменениями в физическом, психологическом и эмоциональном развитии ребенка [27]. Важно отметить, что именно в этом возрасте дети активно стремятся к самостоятельности и независимости, что, в свою очередь, может привести к возникновению девиантного поведения.

Сравнительный анализ нозологий в возрастных группах детей, находившихся на лечении в детском психиатрическом отделении «ДГБ№1» представлен в таблице 3:

Таблица 3 - Частота распределения нозологий в возрастных группах детей

Нозология, шифр МКБ-10	Возрастной период			Уровень достоверности, р
	3-4г	4-5л	5-7л	
F 84.0 (N=70)	22 (31,4%)	23 (32,9%)	25 (35,7%)	p > 0,05
F 84.01 (N=24)	3 (12,5%)	10 (41,7%)	11 (45,8%)	p > 0,05
F 84.02 (N=7)	2 (28,6%)	4 (57,1%)	1 (14,3%)	p > 0,05
F 84.1 (N=2)	1 (50,0%)	0 (0%)	1 (50,0%)	p > 0,05
F 84.11 (N=41)	9 (21,9%)	9 (21,9%)	23 (56,2%)	p > 0,05
F 84.12 (N=6)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	3 (50,0%)	p > 0,05

Несмотря на недостоверность различий, чаще детям в стационаре выставлялся диагноз детского аутизма во все возрастные периоды, в сравнении с атипичным аутизмом. Это может быть связано с тем, что появилось больше исследований и больше осведомленности о ранних признаках аутизма, приведшее к более высокому количеству выставленных диагнозов. Именно диагноз детского аутизма выставляется детям до 3 лет, когда начинают проявляться основные симптомы аутистических расстройств. В то же время, атипичный аутизм сложнее определить и диагностировать. Он подразумевает появление аутистических характеристик в возрасте после 3 лет. Причины поздней диагностики можно связать с тем, что атипичный аутизм сопровождается более маскированными симптомами, которые не всегда явно выражены и могут быть приняты за другие расстройства или поведенческие проблемы.

Сравнительная социо-демографическая характеристика в группах представлена в таблице 4:

Таблица 4 - Сравнительная социо-демографическая характеристика в группах

Показатель	1 группа N=111 (100%)	2 группа N=39 (100%)	Уровень достоверности, р
Количество мальчиков	80 (72,0%)	28 (71,8%)	$p > 0,05$
Количество девочек	31 (28,0%)	11 (28,2%)	$p > 0,05$
Городских жителей	64 (57,7%)	30 (77,0%)	$p < 0,05$
Областных жителей	47 (42,3%)	9 (23,0%)	$p > 0,05$
Ребенок-инвалид	46 (41,4%)	12 (30,8%)	$p > 0,05$

Отклоняющее поведение чаще наблюдается среди мальчиков в сравнении с девочками, но различия не являются достоверными. Значимо выделяются городские жители по наличию отклоняющего поведения, чем жители области. В результате исследования семейной структуры было обнаружено, что 32 ребенка (что составляет 21,3% от общего числа) воспитывались одним родителем. Это факт подчеркивает негативное влияние городской среды на психическое здоровье растущего поколения.

2.3 Методы обследования

Исследование проводилось на базе детского общепсихиатрического отделения «Детской городской больницы №1» г. Омска для детей от 3 до 7 лет.

В качестве методов обследования применялись: клинико-катамнестический метод, клинико-психопатологический метод, клинико-динамический метод, психометрический метод, функциональный метод (по показаниям) и статистический.

В исследовании были использованы различные источники информации, такие как медицинская документация, подробное структурированное интервью с родителями, представленные характеристики

детей из дошкольного учреждения, а также сопроводительные документы и результаты психодиагностических и функциональных обследований. В числе последних особенно следует выделить ЭЭГ-видеомониторинг, МРТ головного мозга и аудиоскрининг слуховыми вызванными потенциалами.

Исследование включало в себя клинические, психодиагностические и психообразовательные беседы с родителями. В процессе анализировались вопросы, связанные с наследственностью, характером беременности, развитием в раннем детстве и дошкольный период. Кроме этого, особое внимание уделялось психологическому развитию ребенка и внутрисемейным взаимоотношениям.

Родители детей с РАС, начиная с 2019 года, заполняли психодиагностические инструменты при поступлении детей в общепсихиатрическое отделение для обслуживания детского населения «ДГБ№1». Основным респондентом была мать ребенка, отцы отказывались заполнять опросники. Из психодиагностических методов применялись:

1. Шкала выявления раннего детского аутизма CARS (Childhood Autism Rating Scale).
2. Опросник ССТ (сильных сторон и трудностей, опросник Гудмана) в двух вариантах версии для родителей: для детей 2-4 лет и для детей 4-17 лет.
3. Адаптированная оригинальная шкала SCAS (The Spence Children's Anxiety Scale), диагностирующую детскую тревожность у дошкольников.
4. Опросник эмоциональных отношений в семье Е.И. Захаровой (методика ОДРЭВ)
5. Опросник по детской агрессивности (А.А. Романова), версия для родителей.

Для определения тяжести проявлений аутизма у детей применялась шкала оценки детского аутизма CARS. Тяжесть аутизма определялась в

следующих баллах: 15-29 баллов – отсутствие аутизма/легкие проявления, 30-36 баллов - легкий/умеренно выраженный аутизм и 37-60 баллов - тяжелый аутизм.

Поведение оценивалось с помощью опросника сильных сторон и трудностей, включающий в себя оценку психологических свойств детей/подростков (которые обозначены в 25 пунктах опросника) и оценку разных сторон социальной жизни. В опроснике 5 субшкал: эмоциональные симптомы, проблемы с поведением, гиперактивность, проблемы взаимоотношений со сверстниками, просоциальное поведение. Сумма субшкал составляет общую оценку. Дополнения о влиянии имеющихся проблем детей/подростков на разные стороны социальной жизни находятся на обороте опросника. Это дает дополнительную информацию для клиницистов и исследователей, интересующихся психическими заболеваниями Goodman (1999).

Версия опросника SCAS с целью выявления уровня тревожности для дошкольников состоит из 28 утверждений, каждое из которых требует от родителей ответа о том, насколько ситуация справедлива для их ребенка. То, как часто они сталкиваются с подобными ситуациями, родители оценивают по 5-балльной шкале в диапазоне от 0 (нет, никогда не бывает) до 4 балла (да, почти всегда). Кроме того, шкала содержит один открытый вопрос (№29), требующий от ответа «да» или «нет» и направленный на получение данных о том, имеет ли ребенок опыт травматических переживаний. По итогам оценки родителями первых 28 утверждений подсчитывается общий балл, отражающий степень тревожности ребенка в целом, а также баллы по 6 субшкалам, каждая из которых репрезентирует конкретный аспект тревожности: генерализированная тревога, социальная тревожность, обсессивно-компульсивное расстройство, страх перед телесными повреждениями и сепарационная тревога.

Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия (ОДРЭВ), позволяет опосредованно выявлять степень выраженности каждой отдельной характеристики взаимодействия в каждой конкретной диаде. Опросник содержит 66 утверждений и направлен на выявление выраженности 11 параметров эмоционального взаимодействия матери и ребенка дошкольного возраста, объединенных в 3 блока: блок чувствительности (способность воспринимать состояние, понимание причин состояния, способность к сопереживанию), блок эмоционального принятия (чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком, безусловное принятие, отношение к себе как к родителю, преобладающий эмоциональный фон взаимодействия), блок поведенческих проявлений эмоционального взаимодействия (стремление к телесному контакту, оказание эмоциональной поддержки, ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия, умение воздействовать на состояние ребенка). Таким образом, складываются оценки положительных утверждений и вычитаются оценки отрицательных, по предложенной формуле. В результате указанных вычислений можно измерять степень выраженности каждой характеристики в интервале от 0,5 до 5 баллов.

Опросник агрессивности (по методике А. А. Романова), заполняется родителем, педагогом или воспитателем. Предназначен для определения уровня выраженности и структуры агрессивного поведения у ребенка. В предлагаемом бланке отмечаются ситуационные формы проявления ребенком агрессии, частота проявления выражается по шкале от 0 до 4 баллов. Выраженность агрессивных реакций определяется по общему количеству баллов по 19 признакам. После работы с методикой проводится общая балльная оценка уровня агрессии (суммируются все баллы). По результатам: 1 уровень от 0 – до 65 баллов: у ребенка нет опасности закрепления ситуативно-личностных реакций агрессии как патохарактерологических; ребенок самостоятельно овладевает собственной

агрессивностью; 2 уровень – от 65 до 130 баллов: есть опасность закрепления агрессивных реакций как патохарактерологических, ребенку требуется помощь в овладении собственным поведением; 3 уровень – от 130 до 195 баллов: ребенку требуется значительная психолого-педагогическая и медикаментозная помощь в овладении агрессивностью, как расстройством поведения и эмоций; 4 уровень – от 195 до 260 баллов: психолого-педагогическая помощь взрослого почти не оказывает влияние на агрессивное поведения, требуется медикаментозная помощь.

Анализ факторов, воздействующих на развитие девиантного поведения, проводился в несколько этапов. Первым этапом являлся сбор и систематизация данных. Проводилось клиническое наблюдение за ребенком и регистрировались формы девиантного поведения. Дополнительно с разрешения и согласия родителей просматривались видео детей, снятые родителями в домашней обстановке, в детском саду, на улице или в специализированных центрах, где проводилось обучение детей.

Следующим этапом являлся анализ собранных данных. Анализировались выявленные факторы, которые могли бы оказывать 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, факторы окружающей среды. Оценивались результаты, применимых психодиагностических инструментов (смотри выше).

Проводился анализ истории развития ребенка, включая медицинский и педагогический анамнез, что помогало выявить связь между определенными факторами и девиантным поведением у ребенка с аутизмом.

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

При статистической обработке все показатели загружались в базу данных M S Excel 2010 for Windows7. Анализ проводился в статистической 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-квадрата 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.

2.4 Методы коррекции

Дети с аутизмом являются одной из наиболее уязвимых групп детей, нуждающихся в специальном внимании и поддержке. Один из главных аспектов, с которыми сталкиваются дети и их родители, – это девиантное поведение, которое мешает полноценно адаптироваться в обществе.

Начиная с 2020 года, в детском общепсихиатрическом отделении был применен комплексный индивидуальный подход при госпитализации, учитывающий сопутствующую патологию, дополнительные методы исследований, инструменты диагностики и клинические проявления. Ребенку были предложены медикаментозные и немедикаментозные методы вмешательства, предлагаемые клиническими рекомендациями от 2020 года, с учетом возрастных особенностей, имеющейся сопутствующей патологии и возможностей отделения.

Поскольку к настоящему времени не разработано препаратов, которые бы влияли на «стержневые» проявления РАС, то выбор препарата определялся симптоматикой, которая выходила на первый план.

Если на первый план выходила возбудимость, раздражительность, агрессивность, то из антипсихотиков использовались: галоперидол (в случае неэффективности атипичных антипсихотиков 2 поколения), перициазин

(использовался по возрастному критерию, с 3 лет), рисперидон (с 5 лет), арипипразол (с 6 лет, off-label). При условии, если ребёнок получал карбамазепин (при фокальной эпилепсии) в лечении рисперидон или арипипразол не использовались, так как при данном сочетании карбамазепин максимально снижал концентрацию вышеперечисленных препаратов.

Если на первый план симптоматики выходил сниженный фон настроения, эмоциональная неустойчивость, плаксивость, безынициативность, то из антидепрессантов использовался флувоксамин.

При тревожном расстройстве, трудностях адаптации из группы транквилизаторов использовался гидроксизин.

Если у ребенка сопутствующим заболеванием была фокальная эпилепсия, то применялся карбамазепин, назначенный врачом неврологом-эпилептологом.

Ноотропные группы препаратов в лечении не использовались.

Из немедикаментозных способов коррекции применялись методики, основанные на принципах прикладного анализа поведения: функциональный анализ поведения, альтернативная коммуникация с помощью карточек PECS (Picture Exchange Communication System), визуальные подсказки, визуальное расписание, видеомоделирование (обучение навыку), гашение поведения, психообразование родителей, адаптивная физкультура. Педагогические занятия включали в себя логопедические занятия, индивидуальные и групповые занятия с педагогом и обучение гигиеническим навыкам ребенка младшим персоналом. Средний срок пребывания детей в отделении составлял 30 дней.

ГЛАВА 3

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАС

3.1 Клинические проявления девиантного поведения

По мнению Д.Н. Исаева нарушения поведения в детстве распространены, но проблема заключается в определении самого понятия, интерпретации данного состояния, поэтому оно трактуется специалистами различно [11]. Сам по себе аутизм не является причиной девиантного поведения. Это означает, что интерпретация и определение этого состояния вызывает трудности, поскольку за проблемным поведением ребенка не всегда подразумевается девиантное поведение. Зачастую тому есть скрытые причины, например, потребность во внимании, просьба о помощи или сопутствующие соматические, неврологические, психические проявления, которые часто недооцениваются, упускаются и неправильно интерпретируются.

В ходе анализа медицинских документов пациентов детского общепсихиатрического отделения в г. Омске, была изучена структура клинических проявлений девиантного поведения. В рамках этого исследования были учтены характеристики, включающие данные о дошкольных учреждениях, сопроводительные документы, а также жалобы, высказываемые родителями или опекунами при госпитализации своих детей.

Выборка исследования – 150 детей. В ходе клинического анализа дети были разделены на 2 группы: 1 группа – дети с девиантным поведением (111 детей) и 2 группа – дети без проявлений девиантного поведения (39 детей).

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 (32,0%) – на гиперактивность, 34 (22,7%) – на стереотипность

интересов, 29 (19,3%) – на агрессию, 27 (18,0%) – на отсутствие зрительного контакта, 24 (16,0%) – на отсутствие реагирования на имя, 13 (8,7%) – на аутоагрессию, 11 (7,3%) – на 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.

В ходе исследования оценивались клинические проявления, характерные для детского аутизма и его атипичной формы, а именно, коммуникативные и социальные навыки, наличие стереотипий, специфичность интересов, развитие речи и игровая деятельность. В случае атипичного аутизма, также анализировался возраст регресса в психомоторном развитии и атипичность симптоматики. Кроме наиболее значимых основных симптомов, в результате подробного опроса родителей выявлялась проблема девиантного поведения.

Интерпретация девиантного поведения сложна, так как формирование поведения связано с наследственностью, физиологическими особенностями (например, травма головного мозга могла привести к проявлениям импульсивности и агрессивности вследствие несбалансированной работы головного мозга), окружающей средой (например, протест на завышенные требования родителей) и последствиями поведения (например аутоагрессия, как способов привлечения одного из родителей) [17].

В исследовании, клинически девиантное поведение проявлялось в виде гиперактивности, возбудимости, раздражительности, негативизма, физической агрессии, аутоагрессии. В таблице 5 представлена информация о частоте распределения в основной группе:

Таблица 5 - 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. Например, при приеме в отделение (страх незнакомого помещения и окружения, разлука с родителями/опекунами), ребенок может демонстрировать одновременно возбудимость, негативизм (отказываться входить в кабинет приемного отделения и далее в отделение, падать на пол, отталкивать), физическую агрессию в отношении людей, находящихся поблизости (может ударить, укусить, схватить первый попавшийся предмет и бросить в человека), а также гиперактивность (совершать ненужные движения, прятаться под столом, выбегать из приемного отделения). Описанное выше поведение может сопровождаться криком, плачем, тревогой, усилением моторных стереотипий, что может создать картину тяжелых проявлений аутизма.

В процессе госпитализации врач совместно с психологом проводит патопсихологическое исследование с применением психодиагностических инструментов. Это обследование проходит в несколько этапов. Сначала ребенок наблюдается в различных ситуациях, включая игру, занятия, свободную деятельность. Затем ребенку предлагается посетить кабинет для знакомства с незнакомым пространством и пособиями, после чего

проводится обследование в течение дня, так как ребенок может быть капризным, плаксивым, отказываться от выполнения заданий. На следующем этапе анализируются данные, полученные в процессе наблюдения и тестирования. В это время также проводится обсуждение результатов с другими специалистами, включая врачей-неврологов. Наконец, на последнем этапе врачом-психиатром разрабатывается план коррекции.

Начиная с 2019 года, из 150 детей 99 детей (66%) обследованы по шкале CARS с целью оценки степени тяжести аутистических расстройств. Информация представлена в таблице 6:

Таблица 6 - 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
Не проводилась до 2019г	37(33,3%)	14 (35,9%)	-

Несмотря на недостоверность различий, тяжелые проявления аутизма чаще отмечались в группе с девиантным поведением в сравнении с группой контроля.

В процессе наблюдения за детьми, гиперактивность проявляется с учетом особенностей дошкольного периода:

- 1) частая отвлекаемость, трудности произвольного внимания при обучении

- 2) в игре быстрое переключение с одной игрушки на другую; отсутствие сюжетных игр или примитивные элементы сюжета в игре (например, пересаживание куклы с одного места на другое, катание машинок взад-вперед без озвучивания, раскладывание в ряды столовой детской посуды или других мелких игрушек)
- 3) беспокойство, суетливость, стремление к убеганию, лазанья на понравившиеся места (например, на или под стол, на подоконник, на тумбы, стулья, спинку дивана)
- 4) импульсивность и спонтанность в своих действиях
- 5) испытывание проблем с саморегуляцией

Возбудимость и раздражительность клинически проявляются:

- беспокойством и раздражением
- чрезмерной спонтанной активностью, подвижностью, демонстративностью
- гипертонусом мышц
- стремлением к постоянному и непрерывному передвижению
- громким криком, плачем
- раскидыванием подручных предметов, игрушек

С целью дополнительной диагностики отклоняющего поведения применялся опросник Гудмана. Обследовано 89 (59,4%). На рисунке 1 представлена характеристика эмоциональных и поведенческих нарушений:

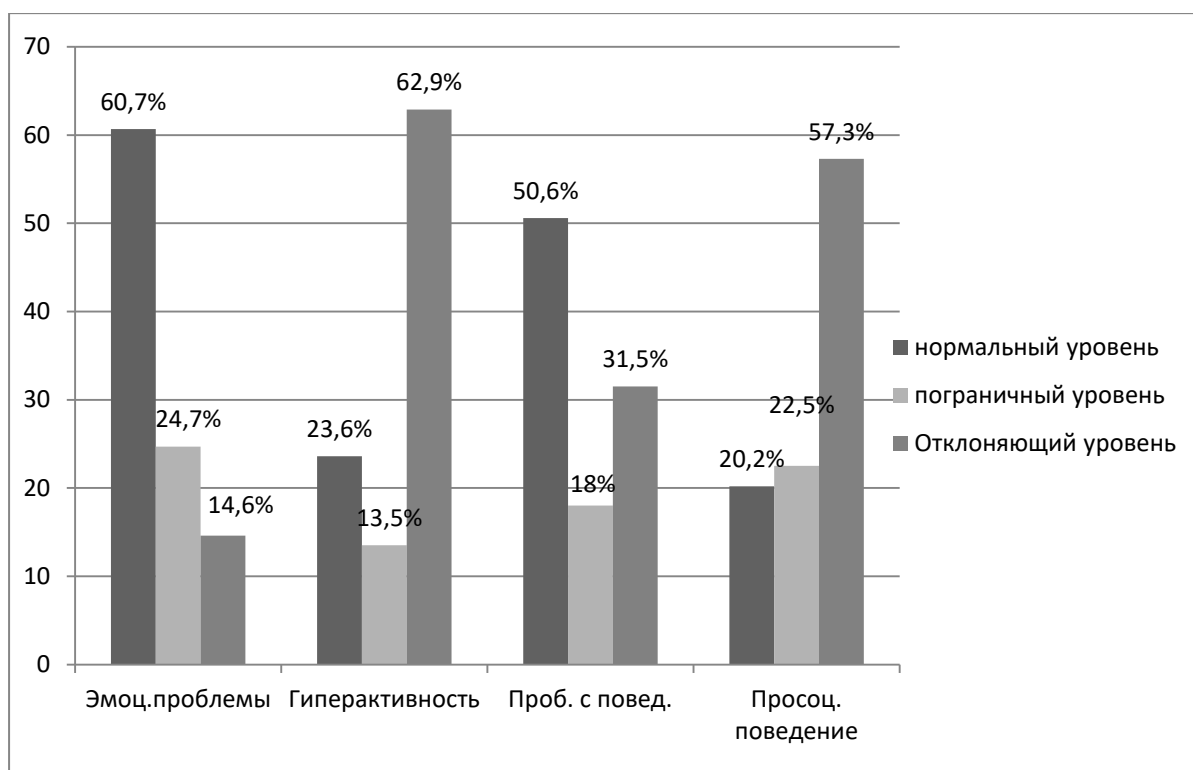


Рисунок 1 - Эмоциональная и поведенческая характеристика по результатам Опросника сильных сторон и трудностей (опросник Гудмана)

По субшкалам опросника Гудмана, высокие значения отклоняющего уровня отмечались у гиперактивности, просоциального поведения, 62,9% и 57,3 % соответственно, высокие значения пограничного уровня в субшкале эмоциональные проблемы (24,7%) и просоциальное поведение (22,5%). Результаты опросника Гудмана в группах представлены в таблице 7:

Таблица 7 - Результаты опросника Гудмана в группах

Показатели опросника ССТ (сильных сторон и трудностей)	1 группа N=111 (100%)	2 группа N=39 (100%)	Уровень достоверности, р
Эмоциональные проблемы			
Нормальный уровень	36(53,7%)	18 (81,8%)	р > 0,05
Пограничный уровень	20(29,9%)	2 (9,1%)	
Отклоняющий уровень	11(16,4%)	2(9,1%)	
Гиперактивность			
Нормальный уровень	12 (17,9%)	9(40,9%)	р < 0,05
Пограничный уровень	7(10,4%)	5(22,7%)	
Отклоняющий уровень	48(71,6%)	8(36,4%)	
Проблемы с поведением			
Нормальный уровень	31(46,3%)	14(63,6%)	р > 0,05
Пограничный уровень	12(17,9%)	4(18,2%)	
Отклоняющий уровень	24(45,8%)	4(18,2%)	
Просоциальное поведение			
Нормальный уровень	10(14,9%)	8(36,4%)	р < 0,05
Пограничный уровень	13(19,4%)	7(31,8%)	
Отклоняющий уровень	44(65,7%)	7(31,8%)	

Далее в опроснике предлагалось анкетирование «насколько трудности ребенку мешают себя реализовывать в повседневной жизни, а именно в ситуациях домашней жизни, обучающей деятельности, дружеских

взаимоотношениях и свободной деятельности». Полученные результаты представлены в таблице 8:

Таблица 8 - Результаты анкетирования в опроснике Гудмана

Предлагаемый ответ в опроснике	Сферы жизни ребенка			
	Домашняя жизнь Абс. (%)	Дружеские отношения Абс. (%)	Обучение Абс. (%)	Свободное Время Абс. (%)
Ничуть	17 (19,1%)	3 (3,4%)	4 (4,5%)	18 (20,2%)
Только немного	30 (33,7%)	8 (9,0%)	6 (6,7%)	21 (23,6%)
Довольно сильно	33 (37,1%)	47 (52,8%)	48 (53,9%)	41 (46,1%)
Очень сильно	9 (10,1%)	31 (34,8%)	31 (34,8%)	9 (10,1%)

Во время интервью с родителями, свои ответы они дополняли тем, что из-за трудностей поведения у ребенка, отсутствия речи и коммуникации, сталкивались с осуждением со стороны незнакомых людей и общества в целом в различных жизненных ситуациях (в общественном транспорте – из-за чего вынуждены ездить на такси; в магазинах; общественных мероприятиях; в поликлинике, когда находятся в очереди; в кафе и т.д.).

Агрессией называется физическое или вербальное поведение, направленное на причинение вреда кому-либо. Включает в себя: физическую агрессию, склонность к раздражению, негативизм, вербальную агрессию, обиду, косвенную агрессию (взрывы ярости, гнева), аутоагрессию [18].

При наблюдении за детьми в отделении агрессивное поведение проявлялось:

- 1) физической агрессией в виде кидания различных предметов в детей или взрослых
- 2) причинением вреда окружающим (бьют, кусают, щипают или толкают)

- 3) уничтожением материальных предметов (например, ребенок мог разбить телевизор, окно)
- 4) аутоагрессией в виде нанесения ударов себе по различным частям тела (например, бьют себя по голове, накусывают себе руки или щипают себя вплоть до появления обширных гематом)
- 5) разрушительной игровой деятельностью (кидание игрушек, ломание и разрушение построек других детей).

С целью выявления агрессивного поведения, родителями заполнялся опросник по методу А. Романова. Обследовано 79 детей (52,7%) из 150. На рисунке 2 представлена информация:



Рисунок 2 - Результаты опросника на выявление уровня агрессивности у детей по методу А.А. Романова

По результатам опросника, у 79,7% детей отмечается 1 уровень агрессивности, свидетельствующий о том, что имеющаяся агрессия не расценивается как патохарактерологическая.

В таблице 9 представлена информация об уровнях агрессивности в группах:

Таблица 9 - Результаты уровня агрессивности по опроснику А. Романова в группах

Уровни агрессивности опросника	Группа с девиантным поведением N=111 (100%)	Группа без проявлений девиантного поведения N=39 (100%)	Уровень достоверности, р
1 уровень	45 (75,0%)	18 (94,7%)	р > 0,05
2 уровень	14 (23,3%)	1 (5,3%)	
3 уровень	1 (1,7%)	0 (0,0%)	

Несмотря на недостоверность различий, все три уровня агрессивности отмечаются в 1 группе с девиантным поведением в сравнении с группой контроля. Во 2 группе полученные результаты могут свидетельствовать о скрытой агрессии, не проявляющейся открытым способом. Это свидетельствует о том, что агрессия может быть связана с различными причинами, начиная от соматических заболеваний и заканчивая внутрисемейными отношениями. Поэтому проблема агрессивности у детей с аутизмом нередко является труднодиагностируемой и требует от специалистов определенных навыков в ведении пациентов.

Особенности проявлений негативизма проявлялись в следующем:

- отказом от выполнения любых заданий, просьб
- в виде непослушания и игнорирования просьб родителей, воспитателей или других лиц
- отрицанием или отказом участвовать в социальных взаимодействиях, мероприятиях
- отсутствием инициативы к сотрудничеству и взаимодействию

- упрямством, настойчивостью в своих желаниях, отказом приспосабливаться к изменениям.

Вспышки гнева являлись наиболее тяжелыми проявлениями девиантного поведения и отмечались у 4 детей из всей выборки. Проявлялись в виде:

- ✓ неконтролируемой агрессии
- ✓ чрезмерной гипервозбудимостью с раздражительностью
- ✓ хаотичным раскидыванием предметов, разгромом вещей
- ✓ громким криком с нанесением себе самоповреждений или причинением вреда окружающим
- ✓ разбрасыванием, раскидыванием или поломкой предметов
- ✓ данное поведение представляет опасность для жизни ребенка

Перечисленные формы поведения оказывают значительное влияние на семью во многих аспектах жизни. У 86 детей (96,6%) поведенческие нарушения присутствовали более 1 года, у 2 детей (2,2%) от 6-12 мес. и у 1 ребенка (1,1%) менее месяца. Непредсказуемость в поведении ребенка, непонимание причин поведения и неумение управлять им вызывает чувство стресса у родителей, ближайших родственников. В таблице 10 представлены результаты анкетирования родителей из опросника Гудмана «насколько трудности в поведении ребенка обременяют родителей»:

Таблица 10 - *Результаты анкетирования из опросника Гудмана «насколько трудности в поведении ребенка обременяют родителей»*

Предлагаемый ответ в опроснике	«Насколько трудности в поведении ребенка обременяют родителей?»
Ничуть	9 (10,1%)
Только немного	34 (38,2%)
Довольно сильно	36(40,4%)
Очень сильно	10 (11,2%)

На фоне длительно существующего проблемного поведения у ребенка, возникают внутрисемейные конфликты, разногласия и нарушается социальная жизнь родителей, что доказывается исследованиями [74, 76, 146].

В результате существующего девиантного поведения у детей, родители могут испытывать чувство тревоги, беспокойства, эмоционального дискомфорта. Что в свою очередь может повлиять на внутрисемейные взаимоотношения. Недовольство между супругами, неравномерное распределение помощи в семье, ограниченная социализация, финансовые трудности с поиском дополнительного заработка с целью обеспечения семьи и расходов на терапию ребенка с аутистическими проявлениями может привести к напряжению, конфликтам или даже распаду семьи.

3.2 Возрастные особенности девиантного поведения

Детство делится на различные периоды. Несмотря на то, что исследование направлено на изучение дошкольного возраста, при сборе анамнеза тщательное внимание уделяется дополнительно 2 периодам: младенческому (с рождения до 1 года) и пред-дошкольному (с 1 года до 3 лет).

Непосредственно изучаемый период дошкольного возраста – это период возраста с 3 до 7 лет. Г.К. Ушаковым (1973) выделено 3 периода в дошкольном возрасте:

- Младший дошкольный возраст с 3 до 4 лет
- Средний дошкольный возраст с 4 до 5 лет
- Старший дошкольный возраст с 5 до 7 лет

Дети с РАС проходят такие же этапы в своем развитии, но со специфичным искажением всех адаптационных и приспособительных систем поведения, что в первую очередь сказывается на адаптации ребенка в социальной среде – в кругу семьи, сверстников, образовательных

учреждениях и пр. [19] Возрастная характеристика основной группы и группы контроля представлена во II главе.

Согласно МКБ-10 нарушенное (аномальное) развитие при детском аутизме проявляется в возрасте до 3 лет (пред-дошкольный период), атипичный аутизм проявляется в возрасте 3 лет или старше. Основными критериями аутизма являются [20]:

- качественные нарушения социального взаимодействия
- качественные изменения коммуникации
- ограниченность и стереотипность поведения и интересов.

Отклоняющее поведение не входит в диагностические критерии аутизма, но его проявления можно заметить уже в пред-дошкольном возрасте. Поэтому ранняя диагностика жизненно важна, т.к. своевременное вмешательство может привести к лучшим результатам для детей и их семей [136].

При тщательном расспросе о ранних периодах развития ребенка (младенческого и пред-дошкольного возраста) родители 78 детей (52%) сообщили об отсутствии нормального периода развития, родители 64 детей (42,7%) сообщили о нормальном периоде развития до 1,5-2 лет, родители 3 детей (2%) сообщили о нормальном периоде развития до 3-4 лет и родители 5 детей (3,3%) затруднились ответить на данный вопрос. Первые признаки аутизма могут быть непонятными для родителей и трудными для осознания и принятия. Возможно, они могли замечать, что их ребенок отличается от других в своем возрасте: отсутствие реакции на имя, безразличие на отсутствие или присутствие родителей, перебирание пальцами перед глазами, отсутствие зрительного контакта, слабая заинтересованность игрушками или ее отсутствие, своеобразное общение, поведенческие нарушения (например, часто кричал, плакал, кидал игрушки в момент, когда ребенку что-то требовалось). Родители могли чувствовать, что их ребенок не разделял их эмоции или не отвечал на обращения. Это вызывало

беспокойство, непонимание и тщетные попытки разобраться в причинах такого поведения.

В возрасте 2-2,5-3 лет родители совершали попытки обращений к специалистам с жалобами на задержку речи, ограниченное понимание речи, отсутствие реакций на имя, появление стереотипий. Девиантное же поведение родителями расценивалось по-разному. Одни считали, что это проявление характера, другие расценивали как непослушание или манипуляцию. Это не исчерпывающий список, но каждый родитель имел свой собственный взгляд на проблему.

В результате исследования, впервые с вышеперечисленными жалобами родители обращались к неврологу в возрасте 2-3 лет, а не к психиатру, боясь услышать диагноз, который мог бы повлиять на будущее ребенка. Средний возраст обращения к психиатру 4-4,5 года. Однако, задолго до постановки заключительного диагноза, дети продолжали наблюдаться неврологом, остеопатом, корректировали и «запускали» речь с помощью длительных курсов ноотропной терапии, БАДов, переводили ребенка на безказеиновую или безглютеновую диету, проводили курсы транскраниальной микрополяризации, биоакустической коррекции, томатиса, лечили нейровоспаление. Испробовав большинство недоказательных методов, родители постепенно начинали принимать своего ребенка с особенностями в развитии, самостоятельно начинали изучать тему аутизма, обращались за помощью к специалистам, другим родителям, у которых был опыт воспитания детей с аутизмом.

В результате недостаточной информированности об аутизме, родители находились в состоянии растерянности и неправильно оценивали проблемы, связанные с поведением у ребенка. Нередко, имеющиеся стереотипии, расценивали как поведенческие нарушения и пытались их корректировать медикаментозным способом или воспитательными мерами. Стереотипное поведение проявлялось двигательным беспокойством, встряхиваниями

кистями рук, подпрыгиваниями на месте, хлопаниями в ладоши, трением ладоней друг о друга, совершением червеобразных движений пальцами рук, бегом по кругу, кружением или раскачиванием, эхололичной речью, стереотипным раскладыванием предметов в ряды или башню, облизыванием или обнюхиванием предметов, ритуальным поведением в виде прогулок по одним и тем же маршрутам. Проявления стереотипий у каждого ребенка индивидуальны и являются одним из критериев аутизма, а не расстройством поведения. Данные о возрасте появления тех или иных симптомов устанавливались ретроспективно со слов родителей, что могло привести к искажению клинической картины. Некоторые родители в ходе интервью чаще называли возраст 1,5-2 года и связывали с постановкой вакцины, либо связывали изменения в ребенке с состояниями после перенесенных инфекций. Но в ходе детального расспроса выяснялось, что нарушения в развитии и поведении отмечались до 1,5-летнего возраста.

В таблице 11 представлена информация о возрасте появления стереотипий в различные возрастные периоды в двух группах:

Таблица 11 - *Возраст появления стереотипий в основной группе*

Возраст появления стереотипий	Группа с девиантным поведением N=111 (100%)	Группа без проявлений девиантного поведения N=39 (100%)
Отсутствие стереотипий	3 (2,7%)	5 (12,8%)
До 1,5 лет	19 (17,1%)	6 (15,4%)
После 1,5 лет	32 (28,8%)	10 (25,6%)
После 2 лет	29 (26,1%)	5 (12,8%)
После 3 лет	13 (11,7%)	4 (10,3%)
После 4 лет	1 (0,9%)	3 (7,7%)
После 5 лет	2 (1,8%)	2 (5,1%)
Отсутствие данных со стороны родителей	12 (10,8%)	4 (10,3%)

В группе с девиантным поведением возникновение стереотипий родителями отмечалось в возрасте от 1,5 до 3 лет, однако в некоторых случаях, эти проявления были обнаружены до 1,5 лет.

Возраст появления девиантного поведения представлен в таблице 12:

Таблица 12 - *Возраст появления девиантного поведения у детей с РАС в основной группе*

Возраст появления девиантного поведения	Группа с девиантным поведением N=111 (100%)
До 1,5 лет	14 (12,6%)
После 1,5 лет	19 (17,1%)
После 2 лет	31 (28,0%)
После 3 лет	22(19,8%)
После 4 лет	7 (6,3%)
После 5 лет	5(4,5%)
Отсутствие данных со стороны родителей	13 (11,7%)

Родители чаще замечали девиантное поведение у своих детей в возрасте от 1,5 до 3 лет. Данный период охватывает **пред-дошкольный период** и начало дошкольного периода. Это время периода возрастного криза раннего детства (2-3 года), связанного с периодом самостоятельности, овладения речью и формированием новых навыков и умений. Поэтому у ребенка с РАС данный период протекает особенно сложно и сопряжен с отклоняющим поведением.

В этом периоде ребенок с аутизмом испытывает сложность в установлении социальных контактов; сталкивается с отвержением со стороны сверстников, в результате чего может испытывать эмоциональный дискомфорт; из-за трудностей выражения своих эмоций, переживаний и потребностей может проявлять отклоняющее поведение, привлекая к себе

внимание; стремление к независимости оборачивается внутренними конфликтами. Данный кризовый период требует особого внимания со стороны родителей, воспитателей и специалистов.

Младший дошкольный возраст (3-4 года) – это период сложившихся «стержневых» симптомов РАС. Дети проявляют повышенную эмоциональность, стремятся к самостоятельности, но еще не достаточно развиты для выполнения сложных задач. В нашем исследовании мы обнаружили, что у 41 ребенка (27,3%) речь начинает формироваться после 3 лет, у 11 детей (7,3%) – после 4 лет и у 64 детей (42,7%) речь недоразвита. В этом же возрасте появляется девиантное поведение (смотри таблицу 15), проявляющееся чаще гиперактивностью, негативизмом и возбудимостью, что приводит к трудностям в обучении, адаптации и снижению качества жизни.

В среднем дошкольном периоде (4-5 лет) девиантное поведение имеет нарастающий характер, которое усиливается в результате различных факторов или ослабляется в связи с неправильно выбранной тактикой коррекции (как медикаментозной, так и немедикаментозной). В проведенном исследовании было обнаружено, что из выделенных форм девиантного поведения, постепенно гиперактивность усиливалась, нарастал негативизм и возбудимость, проявлялась аутоагрессия (смотри таблицу 15).

Данные исследования показали, что перед поступлением в стационар большинство детей (95,3%) уже получали курсы ноотропных средств, которые приводили к усилению гиперактивности и возбудимости. Также, треть детей (32%) принимали антипсихотики, а 5,3% детей принимали препараты группы антидепрессантов, которые обладали стимулирующим эффектом в малых дозах.

С дефектологом занимались 36% детей, но нерегулярно, с большими перерывами между занятиями, так как девиантное поведение являлось причиной отказа от занятий. АВА-терапия, считающаяся «золотым стандартом коррекции» РАС, дети не получали из-за отсутствия

специалистов и АВА-центров в г. Омске. Это означает, что существует проблема в организации помощи и поддержки детей с РАС с проявлениями девиантного поведения, которая влияет на их возможность получать необходимые занятия и реабилитацию.

В данном возрастном периоде поведенческие нарушения родители связывали с негативным опытом пребывания в детском саду, где не было создано необходимого коррекционного плана для ребенка с особыми образовательными потребностями. Прохождение ПМПК (психолого-медико-педагогическая комиссия) и смена на коррекционный детский сад были стрессовыми ситуациями для ребенка, которые приводили к возникновению и усилению тревоги. Программы ПМПК, по которым обучаются дети представлены в таблице 13:

Таблица 13 - *Количество детей, обучающихся по программе ПМПК*

Программа ПМПК	N=150 (100%)
Не пройдена ПМПК	84(56%)
Программа с ЗПР	44(29,3%)
Программа с УО	19(12,7%)
Программа с РАС	3(2,0%)

Примечание: ПМПК – Психолого-медико-педагогическая комиссия, ЗПР – Задержка психо-речевого развития, УО – Умственная отсталость, РАС – Расстройства аутистического спектра

Обучение детей с аутизмом по различным программам ПМПК связано с отсутствием диагноза аутизма у детей, уровня интеллектуального развития, коммуникативных способностей и имеющихся ресурсов в образовательных учреждениях.

Старший дошкольный период (с 5 до 7 лет). Является переходным этапом из дошкольного периода в школьный. Контакт с детьми остается по-прежнему формальным, речевые нарушения разной степени выраженности с тенденцией к возникновению эхололий. Особенностью данного периода является нарастающий негативизм, проявляющийся на повышенные требования родителей, бытовые просьбы или как способ ухода от выполнения заданий в процессе обучения. Негативизм может сочетаться с другими формами девиантного поведения: гиперактивностью, возбудимостью, физической агрессией, аутоагрессией и раздражительностью, несмотря на недостоверность различий. В таблице 14 представлены формы девиантного поведения в трех возрастных периодах:

Таблица 14 - *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%)	29 (40,3%)	$p > 0,05$
Физ. агрессия	7 (18,4%)	8 (20%)	18 (25%)	$p > 0,05$
Аутоагрессия	2 (5,3%)	10 (25%)	15 (20,8%)	$p > 0,05$
Негативизм	12 (31,6%)	18 (45%)	25 (34,7%)	$p > 0,05$
Раздражительность	4 (10,5%)	8 (20%)	13 (18,1%)	$p > 0,05$
Возбудимость	12 (31,6%)	22 (55%)	29 (40,3%)	$p > 0,05$
Вспышки гнева	0	0	4 (5,6%)	$p > 0,05$

Из таблицы видно, что девиантные формы поведения постепенно нарастают к возрасту 5-7 лет, к «второму кризовому возрасту».

Проблемное поведение у детей с аутизмом в дошкольном возрасте является непростой задачей для родителей и педагогов. Важно отметить, что девиантное поведение в младшем дошкольном возрасте может быть предупреждением о возможных проблемах в будущем, поэтому родители, педагоги и специалисты должны обращать на это внимание и предпринимать соответствующие меры для коррекции поведения и помощи ребенку. Предупреждение проблемного поведения у детей с аутизмом в дошкольном возрасте требует комплексного и индивидуального подхода. Необходимо строить систему коммуникации, создавать структурированную обстановку, стимулировать интересы ребенка и учить навыкам саморегуляции.

3.3 Динамика девиантного поведения

Девиантное поведение является следствием нарушений в системе детско-родительских взаимоотношений, деструктивная направленность и содержание которых воспроизводится в последующей межличностной коммуникации, вызывая стойкую девиацию социального поведения [9].

С 2019г. пациентам (при условии добровольного согласия на исследование) предлагался для дополнительного обследования «Опросник детско-родительских эмоциональных взаимоотношений (ОДРЭВ)» Е.И. Захаровой. Обследовано 79 детей (52,7%) от общего количества детей. Результаты представлены в таблице 15:

Таблица 15 - Результаты Опросника детско-родительских эмоциональных взаимоотношений (ОДРЭВ) Е.И. Захаровой

Блок опросника	Группа с девиантным проявлением n=60 (100%)	Группа без девиантного проявления n=19 (100%)	Уровень достоверности, p
1. Блок чувствительности			
1.1 Способность воспринимать состояние ребенка			
Дефицит	18 (30%)	9 (47,4%)	p > 0,05
норма	42 (70%)	10 (52,6%)	
1.2 Понимание причин состояния			
Дефицит	41(68,3%)	10 (52,6%)	p > 0,05
Норма	19 (31,7%)	9 (47,4%)	
1.3 Способность к сопереживанию			
Дефицит	11 (18,3%)	5 (26,3%)	p > 0,05
Норма	49 (81,7%)	14 (73,7%)	
2. Блок Эмоционального принятия			
2.1 Чувства, возникающие у матери во взаимодействии с ребенком			
дефицит	13 (21,7%)	2 (10,5%)	p > 0,05
норма	47(78,3%)	17 (89,5%)	
2.2 Безусловное принятие			
дефицит	16(26,7%)	2 (10,5%)	p > 0,05
норма	44(73,3%)	17(89,5%)	
2.3 Отношение к себе как к родителю			
дефицит	28 (46,7%)	3 (15,8%)	p < 0,05
норма	32 (53,3%)	16 84,2%)	
2.4 Преобладающий эмоциональный фон взаимодействия			
дефицит	14(23,3%)	1(5,3%)	p > 0,05
норма	46(76,7%)	18(94,7%)	
3. Блок поведенческих проявлений эмоционального взаимодействия			

Продолжение Таблицы 15

3.1 Стремление к телесному контакту			
Дефицит	2(3,3%)	1(5,3%)	p > 0,05
Норма	58(96,7%)	18(94,7%)	
3.2 Оказание эмоциональной поддержки			
Дефицит	3(5%)	0	p > 0,05
Норма	57(95%)	19(100%)	
3.3 Ориентация на состояние ребенка при построении взаимодействия			
Дефицит	3(5%)	3(15,8%)	p > 0,05
Норма	57(95%)	16(84,2%)	
3.4 Умение воздействовать на состояние ребенка			
Дефицит	41(68,3%)	7 (36,8%)	p < 0,05
Норма	19(31,7%)	12 (63,2%)	

По результатам опросника, в 1 группе обследовано 60 детей, во 2 – 19 детей. Несмотря на недостоверность различий, в 1 группе отмечалось чаще дефицитных состояний, в сравнении с группой контроля. При возникновении девиантного поведения, родители 41 ребенка (68,3%) не понимали причин проблемного поведения и при их возникновении и не могли воздействовать на них ($p < 0,05$). Девиантное поведение могло быть вызвано различными факторами. В таких ситуациях родители старались понять потребности ребенка. Одним из популярных методов, к которым прибегали родители – это перебирание предметов в поле зрения ребенка. Например, родители предлагали ребенку несколько игрушек и наблюдали, на какую из них он посмотрит, укажет или продемонстрирует эмоциональную реакцию. Однако такой подход вызывал негативные эмоции и поведенческие проблемы у ребенка, такие как плаксивость, раздражительность и возбудимость. В результате, ребёнок чувствовал себя непонятым, так как не смог выразить свои желания и потребности. Использование «искусственной» коммуникации посредством угадывания предметов усугубляло чувство безысходности у

ребенка. Стоит отметить, что практически в равной степени часть родителей принимали себя в качестве родителя и часть не принимали себя ($p < 0,05$) в процессе взаимодействия с ребенком.

Динамические особенности течения проблемного поведения у детей с аутизмом связаны с развитием ребенка и могут изменяться в зависимости от возраста. Для детей младшего дошкольного возраста характерны речевые, коммуникативные нарушения, гиперактивность, негативизм и возбудимость, в то время как у детей старшего дошкольного возраста к перечисленным поведенческим нарушениям добавлялись раздражительность, физическая агрессия и аутоагрессия. Нарастающий характер поведенческих нарушений обусловлен социальными требованиями, характером воспитания в семье.

Клинические наблюдения показали, что состояния аутоагрессии (в виде кусаний собственных частей тела) подвергались редукции или ослаблению симптоматики после санации ротовой полости. Лечение функциональных запоров приводило к уменьшению раздражительности и спонтанной возбудимости. Лечение обострений аллергического дерматита приводило к уменьшению проявлений раздражительности.

Помимо клинического наблюдения применялся метод функционального анализа поведения. Применялась «Трёхфакторная последовательность обусловливания», характеризующаяся тем, что стимул провоцирует какое-либо поведение, затем происходит само поведение, а последствия поведения как результат поведения [17]. В результате, влияния на стимул, последствия поведения или закреплялись или ослаблялись или угасали. «Трёхфакторная последовательность обусловливания» представлена на рисунке 3 ниже:

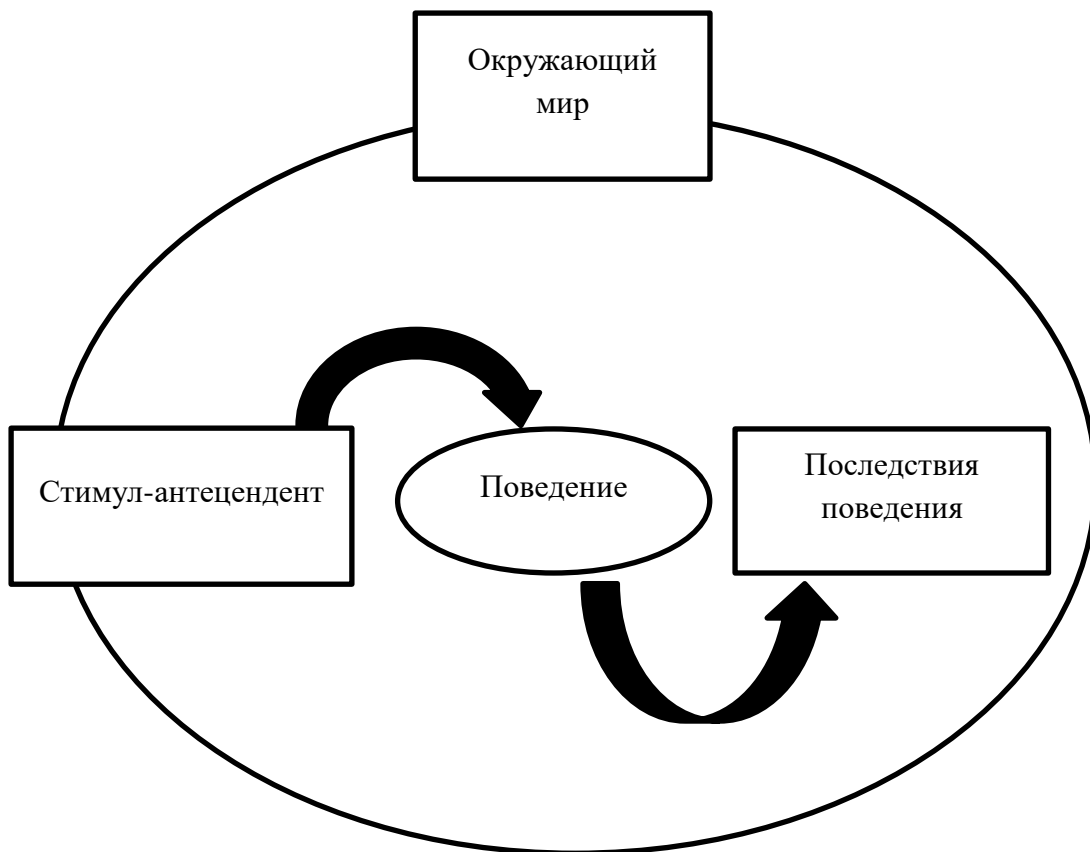


Рисунок 3 – *Трёхфакторная последовательность обусловливания*

На рисунке 4 представлена трехфакторная последовательность обусловливания на примере негативизма у ребенка:

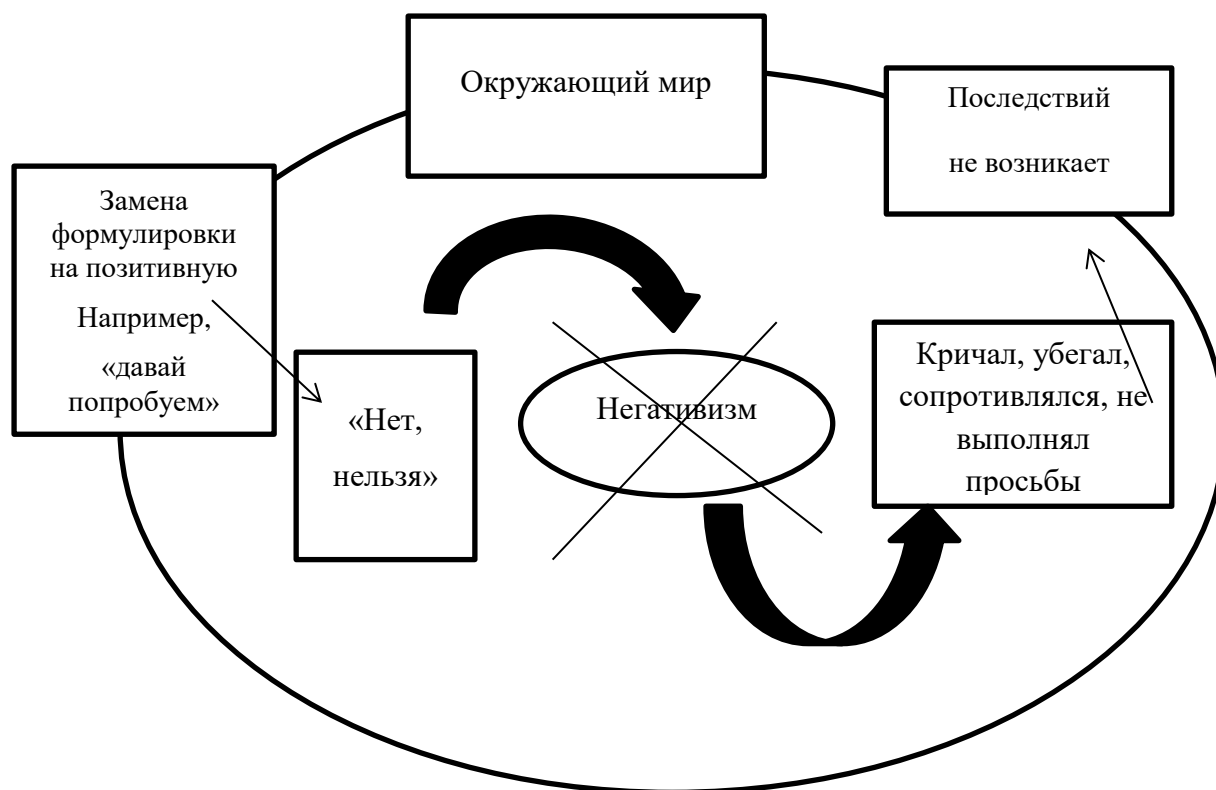


Рисунок 4 - Трехфакторная модель обусловливания на примере негативизма

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.

Вместо использования отрицательных формулировок, предлагались альтернативные варианты выражения. Например, вместо «нельзя брать игрушки у мальчика», заменялось на «давай попросим у мальчика поиграть с

игрушкой?». Таким образом, менялся фокус с запретов на поиск альтернативных решений и возможностей. Важно акцентировать внимание на позитивном поведении и поощрять его. Например, рекомендовалось похвалить ребенка, когда он обращался к другим детям с просьбой или когда находил другой, более конструктивный способ выразить свои желания или возражения. Кроме того, проводилось обучение родителей об альтернативных способах установления границ и ограничений с помощью позитивного подхода. В результате влияния на последствия поведения, поведение либо закрепляется либо ослабевает и угасает, т.е. последствия влияют на вероятность возникновения поведения в будущем [17]. При этом, если последствия положительны для ребенка, то они закрепляются, если отрицательны, то вероятность их повторений крайне мала. Как пример, ребенок на занятиях проявлял агрессию по отношению к педагогу (щипал) (само поведение), последствия агрессии – освобождение от занятий. Каждый раз впоследствии ребенок демонстрировал агрессивное поведение, которое закреплялось (оно положительно для ребенка, так как ему удалось избежать выполнения задания). Поэтому, влияние на последствия поведения (в данном случае это продолжение занятия) приводило к постепенному угасанию агрессивности по отношению к педагогу.

На примере трехфакторной модели тяжелее поддавались редукции формы девиантного поведения, которые продолжались в течение длительного времени. Например, если ребенок уже достиг возраста 6-7 лет и проявил аутоагрессию в ответ на запретное слово "нельзя" с 3-х лет, то устранение этого поведения являлось трудной задачей, чем если бы оно началось в возрасте 6-7 лет и период такого проблемного поведения был недолгим. В связи с чем проводилось обучение родителей, так как на редукцию какой-либо формы девиантного поведения требовалось больше времени.

В целом, целью работы с родителями являлось изменение образа мышления и подхода к установлению правил и ограничений, чтобы снизить то или иное отклоняющее поведение и создать более позитивную и конструктивную атмосферу взаимодействия с ребенком

ГЛАВА 4

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Поведение ребенка – это то, что находится на поверхности и то, что мы можем наблюдать [8].

Аутизм сам по себе не вызывает девиантное поведение. Важно помнить, что отклонения в поведении ребенка являются его способом выражения и коммуникации, особенно когда он еще не может выразить свои мысли и чувства словами. Кроме того, индивидуальные факторы также играют важную роль в формировании девиантного поведения у детей с аутизмом. Это может включать наличие сопутствующих заболеваний, специфические особенности характера, а также уровень интеллектуального и эмоционального развития ребенка.

Несмотря на то, что каждый ребенок с аутизмом уникален и испытывает свои особенности, существуют определенные факторы, которые могут влиять на проявления девиантного поведения. Нами были выделены факторы, влияющие на формирование отклоняющего поведения:

- ✓ Факторы, связанные с психологическими причинами
- ✓ Факторы, обусловленные сопутствующей соматической патологией
- ✓ Факторы, обусловленные сопутствующей психической патологией
- ✓ Факторы, обусловленные сопутствующей неврологической патологией

У лиц с РАС частота общих медицинских, психиатрических и сопутствующих состояний, связанных с развитием нервной системы, достигает почти 70% [98].

4.1 Факторы, связанные с психологическими причинами

По данным исследования К. Bearss с соавторами (2016) проблемное поведение формируется в ответ на изменение повседневной жизни и в

результате влияния различных стимулов окружающей среды [156]. К конструктивному разрешению проблем в положительную сторону приводит анализ причин нарушенного поведения [19].

К психологическим причинам относятся изменения в ритме семейной жизни, особенности воспитания, привлечение внимания, избегающее поведение в ситуациях сопротивления или во время обучающей деятельности, ситуации, вызывающие эмоциональный дискомфорт у ребенка, непереносимость внешних воздействий, невозможность справиться с неудачами, протестные реакции на определенные слова или действия взрослых и др.

Родители играют важную роль в развитии своих детей. Воспитание ребенка с РАС может быть напряженным и требовательным из-за значительного количества энергии, времени и финансовых вложений, необходимых для содействия развитию ребенка [76]. Семьи детей с РАС демонстрировали высокий уровень стресса, а родители детей с РАС демонстрировали более высокую частоту симптомов депрессии по сравнению с детьми с другими расстройствами [47], что может отражаться на взаимодействии с детьми.

Если поведение ребенка было связано с гиперчувствительностью сенсорной сферы, то оно могло проявляться следующим образом. Например, ребенок с гиперчувствительностью сталкивается с неприятными воздействиями, такими как шум и крики других детей в детском саду. На крик и шум он отреагирует агрессивностью, а его ближайшее окружение, не понимая его реакций, изолирует его, выводя из помещения. В итоге, данное поведение у ребенка закрепляется, поскольку его потребность в удовлетворении своих эмоциональных потребностей в такой ситуации удовлетворена.

Протестное поведение, негативизм приведены выше на трехфакторной модели обусловливания (рисунок 4).

Из вышеперечисленных причин, при опросе родителей в нашем исследовании выяснилось, что протестное (негативное) поведение связывалось с запретами, ограничениями, возбудимость отмечалась у ребенка в момент достижения определенной цели или с целью привлечения внимания, аутоагрессия возникала в моменты сенсорной перегрузки, раздражительность – в случаях, когда родители не понимали желаний ребенка.

Провести 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.

4.2 Факторы, обусловленные сопутствующей соматической патологией

Выявление сопутствующих соматических расстройств имеет решающее значение для предоставления наиболее эффективных медицинских и социальных услуг детям и взрослым с РАС и влияет на долгосрочные результаты [34]. К сопутствующим соматическим нарушениям относятся: желудочно-кишечные расстройства (диарея, запор, рефлюкс, рвота), болевые синдромы, гипермобильность суставов, стоматологические проблемы (кариес, пульпит, прорезывание зубов).

Информация о сопутствующих соматических заболеваниях представлена в таблице 16:

Таблица 16 - Частота распределения сопутствующей соматической патологии до госпитализации и выявленной в процессе госпитализация 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
Кариес 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

Продолжение Таблицы 16

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%)	$p > 0,05$

Из всех представленных соматических заболеваний в таблице, клиническое значение имеют ЛОР-заболевания, стоматологические нарушения, кожные заболевания и гастроэнтерологические нарушения. Таким образом, малый процент выявленной соматической патологии у детей во время и вне госпитализации означает, что многие заболевания не были обнаружены, так как они могли проявляться скрыто или атипично. Из-за отсутствия возможности выразить свои чувства и боли вербальным способом, дети демонстрировали отклоняющее поведение.

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 заболеваниях) 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.

4.3 Факторы, обусловленные сопутствующей психической патологией

Психические расстройства у людей с РАС распространены, и их влияние значительно [81]. Симптомы, связанные со многими поведенческими и психическими расстройствами, которые обычно встречаются у людей с РАС, могут перекрываться с основными характеристиками РАС, что приводит к проблемам диагностики [81].

Сопутствующие психические нарушения могут проявляться в широком спектре, но самыми распространенными являются СДВГ, аффективные расстройства (тревога, депрессии), нарушения сна, умственная отсталость, речевые нарушения, задержки психо-речевого развития. В исследовании выявлены следующие психические расстройства (таблица 17):

Таблица 17 - 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%)	$p > 0,05$

Всем поступившим детям в отделение проводилось логопедическое обследование на основе методических рекомендаций С.Д. Забрамной и методических рекомендаций В.П. Балабанова. На рисунке 5 представлены полученные результаты.



Примечание: СНР – системное недоразвитие речи, ОНР – общее недоразвитие речи

*Рисунок 5 – Уровни речевого развития
по результатам логопедического обследования*

У всех 150 детей отмечались речевые нарушения разной степени выраженности, начиная от специфических расстройств артикуляции до речевого недоразвития и в тяжелых случаях вплоть до анатрии. Альтернативный способ коммуникации через жесты у детей формировался с задержкой. До момента появления указательного жеста, дети манипулировали руками взрослых в случаях, когда неспособны были выполнить что-то самостоятельно. Стоит отметить, что даже после

появления указательного жеста, дети пользовались им по потребности и неохотно. Этап эхололичной речи проявлялся к 5-7 годам после проведенной коррекционной работы. Повторение слов и фраз произносилось без особого понимания смысла сказанного. Дети воспроизводили слова из услышанных разговоров, просмотренных мультфильмов, из стихотворений, песен, из собственно придуманной игры, однотипно озвучивали свою игру, переписывали одни и те же слова, предложения и пр. Поскольку собственная речь монотонная, маломодулированная, это влекло за собой непонимание эмоциональных нюансов в коммуникации.

Рост числа лонгитюдных исследований детей младшего возраста с РАС, показал, что лица с нарушениями вербальных навыков подвергаются повышенному риску менее благоприятных исходов в дальнейшей жизни [100]. Ранние языковые способности и их развитие предсказывают социальное функционирование, академические достижения и психиатрические последствия в подростковом и взрослом возрасте [158].

Интеллектуальные нарушения у детей подтверждались с помощью психодиагностического обследования. В отделении до 2019 года обследование с помощью методик С.Д. Забрамной и О.В. Боровик, Э.И. Леонгарда и Г.А. Выготской, методических рекомендаций И.Я. Семаго и М.М. Семаго. С 2019 года 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 является фактором, с которым сталкиваются многие дети с аутизмом. Основным источником тревожности у детей с аутизмом связан с их

ограниченными навыками социального взаимодействия. Дети испытывают трудности при взаимодействии с другими людьми и понимании социальных ситуаций, могут проявляться в ситуациях разлуки с матерью, нахождении в незнакомых помещениях, шумных пространствах, повышенных требованиях на занятиях, нахождении детей в стационаре, в ситуациях проведения экспериментально-психологического исследования.

В дополнение к социальным трудностям, дети с аутизмом также могут быть чувствительны к изменениям в окружающей среде. Даже незначительное изменение может вызвать непропорциональную тревогу и беспокойство. Дети испытывают тревогу на любые изменения, будь то изменение расписания, обстановки или планов, как непредсказуемые и угрожающие.

Тревога сопровождалась плаксивостью, мышечным напряжением, беспокойством, суетливостью или наоборот зажатостью, учащением стереотипий, агрессивным поведением, что может свидетельствовать о ее высоком уровне.

По опроснику SCAS обследовано 79 детей (52,7%) из 150. Родителями заполнялся опросник тревожности для детей дошкольного возраста (SCAS).

Результаты представлены в таблице 18:

Таблица 18 - *Результаты опросника тревожности для детей дошкольного возраста*

Субшкала опросника тревожности (SCAS)	1 группа N=60 (100%)	2 группа N=19 (100%)	Всего N=79 (100%)	Уровень достоверности, р
Общий балл тревожности				
Высокий уровень	28(46,7%)	7(36,8%)	35(44,3%)	р > 0,05
Нормальный уровень	32(53,3%)	12(63,2%)	44(55,7%)	
Генерализованная тревога				
Высокий уровень	44(73,3%)	11(57,9%)	55(69,6%)	р > 0,05
Нормальный уровень	16(26,7%)	8(42,1%)	24(30,4%)	
Обсессивно-компульсивное расстройство				
Высокий уровень	28(46,7%)	15(78,9%)	43(54,4%)	р < 0,05
Нормальный уровень	32(53,3%)	4(21,1%)	36(45,6%)	
Сепарационная тревога				
Высокий уровень	28(46,7%)	8(42,1%)	36(45,6%)	р > 0,05
Нормальный уровень	32(53,3%)	11(57,9%)	43(54,4%)	
Страх физического наказания				
Высокий уровень	10(16,7%)	3(15,8%)	13(16,5%)	р > 0,05
Нормальный уровень	50(83,3%)	16(84,2%)	66(83,5%)	
Социальная тревожность				
Высокий уровень	6(10%)	4(21,1%)	10(12,7%)	р > 0,05
Нормальный уровень	54(90%)	15(78,9%)	69(87,3%)	

По результатам опросника SCAS лишь у 35 детей общий балл тревоги отмечается высоким, а у 44 детей в пределах нормального уровня. Несмотря на это, высокий уровень тревоги в 1 группе регистрируется в субшкалах «генерализованной тревоги», достоверно чаще в «ОКР» и «сепарационной тревоги». Диагностика тревожности у детей дошкольного возраста с аутизмом сложна, так как симптомы могут перекрывать друг друга или быть взаимосвязаны. Поэтому использование опросника не может заменить клиническое наблюдение, но дополняет его.

Дети с РАС имеют различные страхи. Не всегда страхи проявляются в виде поведенческих нарушений, порой они скрыты и никак себя не проявляют, но сопровождаются состоянием общего напряжения. Имеющиеся страхи у детей можно разделить на социальные – возникают в ситуациях

непосредственного взаимодействия с людьми, детьми, незнакомых местах, поэтому дети кричат, плачут, проявляют выраженное протестное поведение; изменение рутины, привычного образа жизни вызывает страх и тревогу; фобии к определенным предметам, игрушкам, что в поведении может выражаться криком, возбудимостью, отталкиванием, убеганием; гиперчувствительность сенсорной сферы (к звукам, свету, запахам, текстурам) приводит к тому, что в момент действия провоцирующего фактора, ребенок может кричать, плакать, закрывать глаза или уши, прятаться, закрываться с головой, убегать.

Депрессия трудна для диагностики у детей дошкольного возраста с аутизмом тем, что симптоматика проявляется необычными способами или в стертой форме. Например, депрессивная симптоматика может проявляться: плаксивостью, капризностью, безынициативностью, исчезновением интереса к игрушкам, стремлением к уединению в тихое спокойное место, в случае если ребенок с речевым недоразвитием, то проявляется мычанием или подхныкиванием в течение целого дня. Дети могут не показывать ярких эмоций или не уметь адекватно выражать свои чувства. Некоторые дети могут проявлять повышенную раздражительность или вспышки гнева вместо классических признаков депрессии. Другая проблема заключается в том, что депрессия может маскироваться под сопутствующую соматическую патологию. Например, болью в животе или головной болью. В связи с этим, депрессия может существовать у ребенка длительное время, прежде чем будет правильно диагностирована и скорректирована. Важно понимать, что имеющаяся аффективная симптоматика у детей с аутизмом ухудшает качество жизни.

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 с дальнейшим бодрствованием 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 к увеличению стресса у родителей.

4.4 Факторы, обусловленные неврологическими расстройствами

В исследовании P.Y. Pan (2021) сообщалось, что неврологические расстройства, такие как эпилепсия и церебральный паралич, у людей с аутизмом оказывают влияние на повседневное функционирование в течение всей жизни [113]. Распространенность эпилепсии среди аутичных людей составляет 12,1%, причем более высокая распространенность среди девочек.³ В исследовании E.W. Viscidi (2013) дети с РАС и эпилепсией проявляют больше поведенческих расстройств, независимо от когнитивного уровня [59].

В нашем исследовании выявлены сопутствующие неврологические заболевания, которые встречаются у детей с РАС и оказывают влияние на формирование девиантного поведения. Получены следующие данные (таблица 19):

³ <https://www.autistica.org.uk/what-is-autism/signs-and-symptoms/epilepsy-and-autism> (дата обращения 09.10.2023)

Таблица 19 - 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.

Эпилепсия ограничивает способность ребенка с аутизмом к обучению, социальному взаимодействию в повседневной жизни. Приступы могут быть не только физически опасными, но и вызвать тревогу у детей. В предприступный период у ребенка может нарушиться сон, появляется плаксивость, раздражительность. В некоторых случаях после приступов возникает регресс с потерей приобретенных навыков, что приводит к родительскому стрессу и последующим трудностям в обучении, снижая память, концентрацию внимания, познавательную активность. Помимо этого, диагноз эпилепсии у детей является ограничением в коррекции девиантного поведения, так как большинство антипсихотиков, антидепрессантов имеют противопоказания, повышая порог судорожной активности.

Энцефалопатия – это неврологическое заболевание, проявляющееся повреждением головного мозга в перинатальный период. По данным большинства зарубежных авторов, частота гипоксических поражений у доношенных новорожденных составляет не более 6:1000 и колеблется от 33% до 70% у недоношенных детей [28].

В нашем исследовании, 12 детей (8%) из 150 были недоношенными, остальные родились в доношенном сроке. При выписке из роддома у 97 детей (64,7%) отмечалось поражение ЦНС головного мозга разной степени. В таблице 20 представлены результаты:

Таблица 20 - Частота распределения энцефалопатии в группах

Показатель	Группа с девиантным поведением N=111 (100%)	Группа без проявлений девиантного поведения N=39 (100%)	Всего Абс. (%) N=150 (100%)	Уровень достоверности, p
Церебральная ишемия I степени	40 (36%)	22 (56,4%)	62 (41,3%)	p > 0,05
Церебральная ишемия II степени	11 (9,9%)	3 (7,7%)	14 (9,3%)	p > 0,05
Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС	11 (9,9%)	5 (12,8%)	16 (10,7%)	p > 0,05
Задержка внутриутробного развития	3 (2,7%)	2 (5,1%)	5 (3,3%)	p > 0,05

В отдаленном периоде энцефалопатии у 30% детей формируется структурная эпилепсия, в 50-80% случаев возникают нарушения поведения и интеллектуальная недостаточность и в 20-50% – ДЦП [28].

ГЛАВА 5

ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ
У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАС

Одним из самых сложных этапов в осуществлении необходимого лечения с психическими нарушениями является его начало [21]. Родители имеют определенные ожидания и представления о том, каким должно быть развитие и поведение ребенка. Они переносят эти представления на свой уровень и адаптируют их под свои собственные удобства и убеждения. Это может приводить к искажению или неправильной интерпретации реальных потребностей и возможностей ребенка, а также препятствовать надлежащей коррекции РАС и сопутствующих расстройств. Например, родители могут отрицать существование РАС у своего ребенка или игнорировать его нужды и особенности, так как они не соответствуют их представлениям об "идеальном" ребенке. Они могут считать, что все проблемы ребенка проистекают из его "плохого" поведения или нежелания следовать их указаниям. Подобные представления могут привести к отказу от необходимой медицинской помощи, терапии и образовательных возможностей, а также к игнорированию потребностей ребенка в дополнительной поддержке и адаптации окружающей среды.

Другой проблемой является то, что родители не настроены на долгосрочную терапию. При достижении какого-либо прогресса ребенком, они начинают ошибочно считать, что в терапии нет необходимости, самостоятельно отменяют лекарства, что приводит через некоторое время к обострению симптоматики.

Противоположной является ситуация, когда нередко врачи соматического профиля на приемах советуют заменить препараты на более «легкие» или вовсе отменить лечение, назначенное психиатром, что также

может быть связано с недостаточной информированностью об аутизме и сопутствующих нарушениях.

5.1 Общие принципы коррекции девиантного поведения у детей с РАС

Результаты исследования позволили разработать принципы коррекции девиантного поведения у детей дошкольного возраста с РАС. Коррекция отклоняющегося поведения включала в себя несколько важных аспектов:

1) Как можно более раннее начало коррекции девиантного поведения.

Решающее значение принадлежит ранним периодам жизни [12]. При работе с проблемным поведением, помимо врача-психиатра, необходимо привлекать специалистов ранней помощи – психолога, логопеда-дефектолога, педагога, АВА-терапевта и узких специалистов (по необходимости).

В ходе проведенного нами исследования было установлено, что девиантное поведение, чаще всего проявляется у детей в возрасте от 1,5 до 3 года. Однако уже с 1,5 лет возможны первые признаки девиантного поведения, поэтому необходимо тщательно проводить диагностику и выявлять основные причины такого поведения у каждого ребенка, страдающего аутизмом. В зависимости от ведущей причины поведенческих расстройств, структура коррекционных мероприятий смещается либо в сторону медикаментозной терапии, либо в сторону коррекционно-педагогической составляющей комплексного лечения [13]. В случае, если в раннем возрасте не уделить должного внимания проблеме девиантного поведения, пропустить сопутствующую патологию, которая может усилить данное поведение, то это оказывает влияние на развитие и адаптивные возможности в обществе.

2) Коррекционные мероприятия девиантного поведения должны быть персонифицированными и включать в себя не только

медикаментозные, но и немедикаментозные методы вмешательства, основанные на принципах прикладного поведенческого анализа.

В настоящее время не существует препарата, который бы влиял на основные симптомы аутизма. Коррекция поведенческих нарушений – это коррекция симптоматическая, которая ослабляет проблемное поведение. Применение медикаментозной коррекции при девиантном поведении у детей с аутизмом имеет определенные преимущества. Медикаменты, такие как антидепрессанты, антипсихотики и противотревожные препараты могут улучшить социальное взаимодействие, устранить повторяющиеся движения, снизить тревогу, возбудимость, раздражительность и гиперактивность. Эти препараты помогают детям с аутизмом лучше адаптироваться в повседневной жизни. Однако, одни только медикаменты недостаточны для полноценной коррекции девиантного поведения у детей с РАС.

Немедикаментозная коррекция, также известная как поведенческая терапия, является неотъемлемой частью комплексного подхода к лечению аутизма. Благодаря нейропластичности мозга, дети с аутизмом могут приобретать новые навыки и улучшать свои поведенческие реакции. Поведенческая терапия включает в себя такие методы, как позитивное/негативное подкрепление, видеомоделирование, обучение коммуникативным навыкам и т.д. Подкрепление желательного поведения, такого как социализация и самоконтроль, помогает закрепить социально-приемлемое поведение. Моделирование поведения предоставляет возможность детям наблюдать и поэтапно обучаться новому навыку. Обучение коммуникативным навыкам, таким как невербальное общение, помогает улучшить способность ребенка к взаимодействию с другими. Важно в динамике отслеживать девиантное поведение, проводить регулярные занятия с детьми с РАС, нацеленные на развитие социальных навыков, коммуникации и адаптации в обществе. Педагогические занятия включают в себя игры, групповые и индивидуальные занятия.

Комбинация медикаментозной и немедикаментозной коррекции является наилучшим подходом к улучшению качества жизни детей с аутизмом. При правильном применении медикаментов в сочетании с поведенческой терапией достигается прогресс в развитии и адаптации в обществе. Однако необходимо помнить, что каждый ребенок с аутизмом уникален, и подход к его коррекции должен быть индивидуальным и адаптированным к его потребностям.

3) Оказание коррекционной помощи должно быть на долгосрочной основе.

Одним из основных преимуществ долгосрочных вмешательств является способность обеспечить стабильность и последовательность, что крайне важно для детей с аутизмом, у которых есть трудности в адаптации к изменениям, проявляющиеся неприемлемым поведением. Систематический подход с постоянным повторением и практикой поможет развить новые навыки, самостоятельность и улучшить социально-коммуникативное взаимодействие. Долгосрочная программа позволит педагогам и специалистам адаптировать свои методы и стратегии в соответствии с потребностями конкретного ребенка, минимизируя риск срывов поведения на занятиях.

Кроме того, долгосрочные вмешательства способствуют укреплению отношений и поддержки семьи. Многие семьи, воспитывающие ребенка с аутизмом, оказываются перед непростыми жизненными ситуациями, и постоянная поддержка и обучение могут быть важными факторами в повышении их уверенности и способности обеспечивать наилучшую помощь для своего ребенка.

В целом, долгосрочные вмешательства при аутизме являются ключевыми для обеспечения максимальной независимости и успешной адаптации в обществе. Они способствуют развитию навыков, облегчают социальное взаимодействие и укрепляют поддержку, что все вместе является

существенным фактором в повышении качества жизни людей с аутизмом и их семей.

4) Оказание коррекционной помощи при девиантном поведении в системе родитель-ребенок-окружающая среда.

Кроме того, когда речь идет о комплексном подходе, то имеется в виду взаимодействие с родителями, специалистами и воспитателями детей. В особенности, важно осуществлять консультативную работу с воспитателями, чтобы разработать индивидуальный подход к каждому ребенку. Важно обучать родителей методикам и стратегиям, которые они могут использовать в повседневной жизни с ребенком для коррекции его поведения. Это поможет создать единое воспитательное окружение и снизить уровень стресса как у родителей, так и у ребенка. В детском психиатрическом отделении «ДГБ№1» была организована «Школа аутизма» с целью психообразования родителей, обучения необходимым навыкам в распознавании и разработки стратегий при девиантном поведении у детей.

5.2 Этапы организации детской психиатрической службы с девиантными формами поведения у детей с РАС

В Омской области, детская психиатрическая служба выделена в отдельную структуру, что позволяет соблюдать преемственность и координировать работу в регионе.

В структуре «Областной Клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова» функционирует детско-подростковый комплекс, являющийся основным методическим центром по вопросам организации оказания психиатрической помощи детям и подросткам.

В структуру комплекса входят: детско-подростковое диспансерное отделение с областным консультативным приемом, дневной стационар на 50 мест, стационар на дому на 60 мест, общепсихиатрическое отделение для

обслуживания детского населения (7-14 лет) на 70 мест и общепсихиатрическое отделение для подростков (15-17 лет) на 60 мест.

Структура организации детской психиатрической службы г. Омска представлена на рисунках 6 и 7:

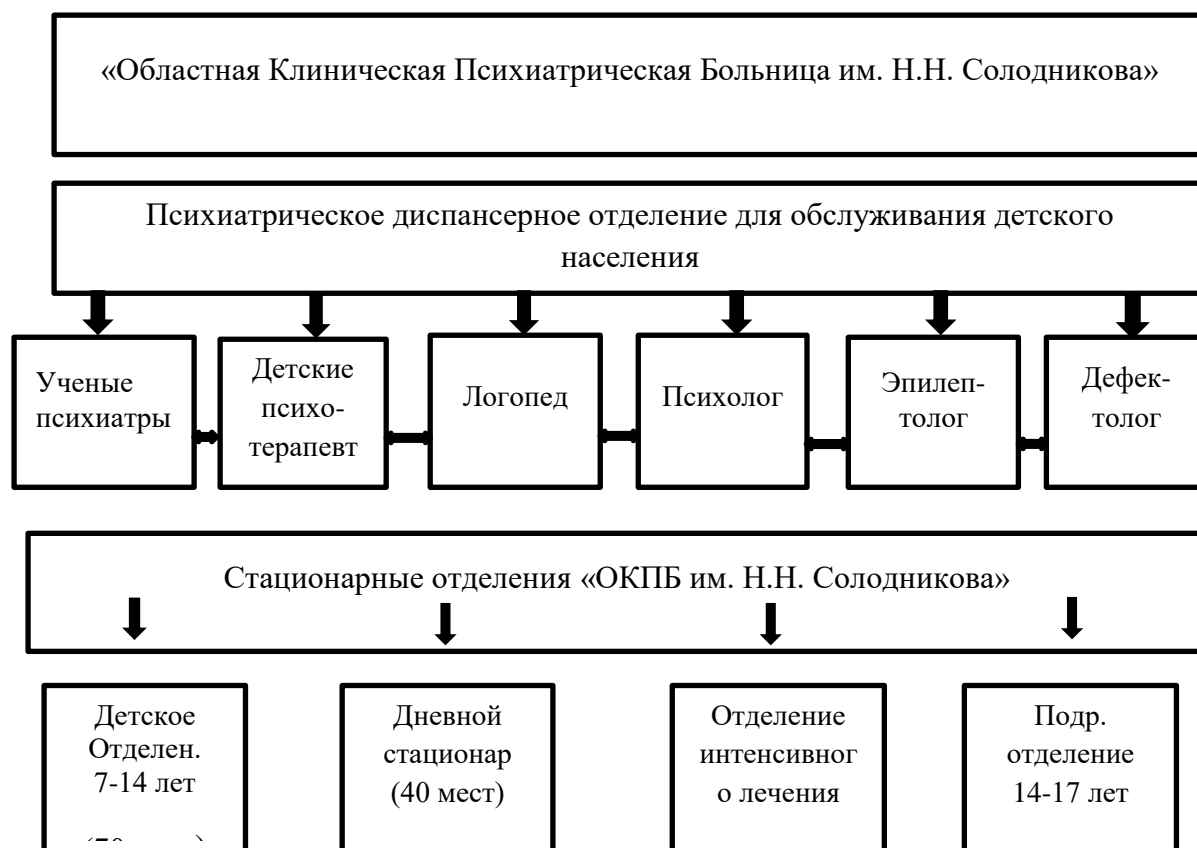


Рисунок 6 - Структура Областной психиатрической больницы им. Н.Н. Солодникова

Дети до 7 лет, проживающие в г. Омске, госпитализируются в общепсихиатрическое отделение для обслуживания детского населения, развернутое на 70 коек в «Детской городской больнице №1». Амбулаторная психиатрическая помощь детям осуществляются на базе детских поликлиник 5 административных округов г. Омска⁴.

Медицинское учреждение «Детская городская больница №1», на базе которого проводилось исследование, является автономным учреждением и не

⁴ <http://ookpb.ru/pomoshh-detyam/> (дата обращения 06.10.2023г.)

входит в сеть «Областной Клинической Психиатрической Больницы им. Н.Н. Солодникова».

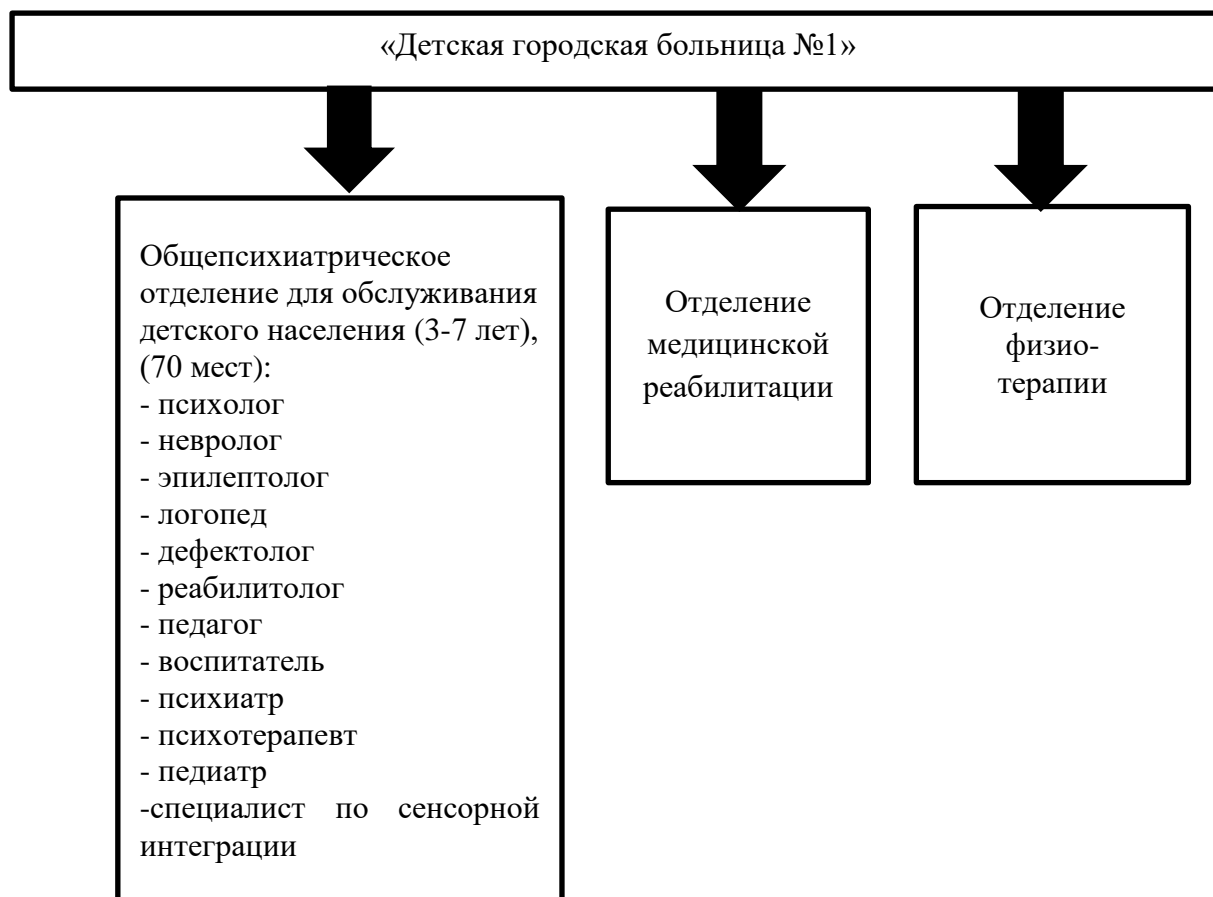


Рисунок 7 - Структура «Детской городской больницы №1» г. Омска

Задачей детской психиатрической службы является предоставление комплексной помощи детям с психическими нарушениями, в том числе с девиантными формами поведения.

Медицинское учреждение «ДГБ№1» взаимодействует с участковой психиатрической службой и стационарным общепсихиатрическим отделением для обслуживания детского населения (7-14 лет) «ОКПБ им. Н.Н. Солодникова».

В детском общепсихиатрическом отделении «ДГБ№1» выделены следующие этапы оказания помощи детям дошкольного возраста с РАС, проявляющих девиантное поведение:

1. Этап диагностики

При поступлении в стационар проводится структурированное интервью с законными представителями (родителями или опекунами) с целью получения детальной информации о этапах развития и поведении пациента. Анамнез собирается строго в определенной последовательности, чтобы выяснить наличие основных признаков аутизма, провести сравнение с нормативными данными и выставить диагноз. Выяснялась информация, когда были замечены первые симптомы девиантного поведения, как и в какой форме они проявлялись, контекст ситуации, через какое время купировались, как долго сохраняются (на протяжении какого времени), какова их степень выраженности. Диагностика «ADOS» не проводилась, так как методика является дорогостоящей и требующей специальной подготовки.

Важным шагом в процессе диагностики являлась общая медицинская оценка ребенка, подлежащего обследованию. Врач-психиатр совместно с врачом-педиатром проводили тщательное обследование, чтобы исключить другие медицинские причины, которые могли быть связаны с поведенческими симптомами. В случае выявления соматической патологии, законным представителям предлагалось дообследование ребенка у профильных специалистов.

В период госпитализации ребенку дополнительно проводилась психодиагностика с использованием батареи тестов. Они представляют собой специально разработанные шкалы и опросники, которые измеряют важные аспекты развития и функционирования пациента (шкала CARS, опросник SCAS, опросник ОДРЭВ, опросник Гудмана и опросник агрессивности. Психологом и врачом-психиатром, поведение оценивалось с

помощью функционального анализа поведения в различных контекстных ситуациях, когда оно возникало.

Логопед проводил оценку уровня речевого развития пациента, анализируя такие аспекты, как артикуляция звуков, грамматика, словарный запас, понимание и использование речи, коммуникативную направленность речи. На основе полученных результатов специалист разрабатывал индивидуальный план коррекции и проводил ежедневные занятия индивидуально или подгруппах из 2-3 человек.

Врач невролог проводил обширное изучение состояния пациента на основе анамнеза, исследовал физическое и неврологическое развитие, наблюдал за поведением и реакцией ребенка на различные стимулы. Это позволяло определить сопутствующие расстройства, связанные с аутизмом. Например, в случае нарушений сна и двигательных нарушений во время сна, врач выявил факторы, приведшие к нарушениям, оценивал организацию режима дня ребенка, анализировал результаты функциональных методов обследования (ЭЭГ-ВМ, МРТ ГМ), если они были проведены до госпитализации, при необходимости назначал дополнительные.

Врач-психиатр в процессе госпитализации ребенка оценивал внутрисемейные отношения, коммуникацию между членами семьи, навыки родительского управления и адаптацию семьи в обществе.

2. Этап планирования лечебного курса

После диагностики врач-психиатр разрабатывал индивидуальный план лечебного курса на основе особенностей каждого ребенка. В индивидуальном плане учитывались не только симптомы аутизма и девиантного поведения, но и индивидуальные особенности и цели каждого ребенка при поступлении. Такой подход позволял разработать наиболее эффективные и персонализированные методы лечения и интервенции.

3. Этап психофармакотерапии

Во время госпитализации использовались медикаментозные методы для коррекции девиантного поведения. Выбор конкретного психофармакологического препарата зависит от индивидуальных особенностей каждого ребенка. Они могут включать в себя такие классы лекарственных средств, как антидепрессанты, антипсихотики и транквилизаторы. Лекарственные препараты назначались только после тщательной оценки психиатром и отменялись/заменялись, если они не приносили ожидаемого результата или вызывали побочные эффекты.

4. Этап развития необходимых навыков

На базе «ДГБ№1» в детском общепсихиатрическом отделении реализована образовательная программа для детей с ограниченными возможностями здоровья. После диагностического этапа разрабатывалась программа развития навыков, которая включает в себя активности и упражнения, направленные на развитие коммуникационных, социальных и адаптивных навыков с учетом индивидуальных особенностей. Дополнительная поддержка и сопровождение в этом процессе осуществлялась специалистами, такими как воспитатели и реабилитологи.

Логопедические занятия включали в себя упражнения и игры, направленные на улучшение коммуникации, артикуляции звуков, расширение словарного запаса, выработку указательного жеста, улучшение понимания и использования речи и другие задания, адаптированные к индивидуальным потребностям пациента.

В процессе госпитализации родители приглашались на занятия, с ними проводились психообразовательные беседы и предлагались рекомендации индивидуально по каждому ребенку с убеждением на долгосрочную терапию. В процессе стационарирования логопед регулярно оценивал прогресс пациента и вносил необходимые коррективы в план, чтобы достичь оптимальных результатов.

Роль педагога при девиантном поведении у детей с аутизмом заключалась в сотрудничестве со специалистами, такими как психологи, логопеды и врачами-психиатрами, для оказания комплексной помощи и поддержки. Педагог в работе с детьми создавал безопасную и спокойную среду, где ребенок мог чувствовать себя комфортно и защищенно. Особое внимание уделялось структурированной и предсказуемой обстановке, с использованием визуального расписания, визуальных подсказок и правил, которые помогали ребенку ориентироваться и понимать, что от него ожидается, тем самым снижая уровень тревоги и стресса.

Адаптивная физкультура помогала снять накопившуюся энергию и стресс, снижая вероятность возникновения девиантного поведения и способствуя более сосредоточенной активности. Важно отметить, что упражнения были адаптированы к особенностям каждого ребенка, учитывая его физические ограничения и уровень подготовки.

Младшим медицинским персоналом проводилось обучение гигиеническим навыкам (туалетные навыки, чистка зубов), навыкам самообслуживания (одевание/раздевание, переодевание).

5. Этап психотерапии и психообразования родителей/опекунов

Психотерапия играет важную роль в облегчении симптомов аутизма и девиантного поведения, а также в развитии навыков социальной адаптации у детей. Психотерапия включала в себя когнитивно-поведенческую терапию и другие виды терапевтических подходов, которые реализовались в работе с родителями.

Психообразовательные беседы с родителями – важная часть работы отделения, поскольку они позволяли родителям получить необходимую информацию и поддержку по вопросам воспитания детей с РАС. В ходе этих бесед освещались различные темы, связанные с аутистическими расстройствами, включая их причины, симптомы, диагностику, вмешательство и стратегии поддержки.

Созданная "Школа аутизма" для родителей также являлось важным компонентом работы отделения. В рамках этой программы родители получали более глубокое понимание аутистических расстройств и развивали навыки, необходимые для работы с детьми. Программа включала лекции, мастер-классы, тренинги и встречи со специалистами, работающими с детьми с РАС (психологом, дефектологом, логопедом, эрготерапевтом, неврологом, психотерапевтом). Для родителей была создана психотерапевтическая среда, где они имели возможность обмениваться опытом и консультироваться с другими родителями, что создавало поддерживающую коммуникационную среду. Это также способствовало созданию более благоприятной среды для развития и интеграции детей с аутизмом в общество.

б. Этап наблюдения и коррекции

Психиатрическая помощь детям с девиантным поведением, предусматривала постоянное наблюдение и коррекцию. Врач регулярно оценивал прогресс и эффективность лечебного и развивающего процесса, вносил корректировки в план лечения и подстраивал его под новые потребности и цели ребенка.

В заключение, психиатрическая помощь детям с девиантным поведением при аутизме, является сложным и многогранным процессом, требующая комплексного и индивидуального подхода. Систематические этапы диагностики, лечения, развития навыков и поддержки, а также постоянное наблюдение и коррекция, помогали достичь наиболее положительных результатов в облегчении симптомов и улучшении качества жизни детей с аутизмом и девиантным поведением.

5.3 Особенности клинического обследования детей дошкольного возраста с девиантным поведением при аутизме

Клиническое обследование включает несколько этапов:

1. Сбор анамнеза

Обследование пациента происходит уже в процессе расспроса и сбора информации о ребенке. Наблюдение за испытуемым проводится на всех этапах: во время пребывания в приемном отделении, непосредственно в отделении и на момент выписки.

При поступлении обследование начинается с выяснения информации о развитии ребенка с его родителями или опекунами, которое важно провести без присутствия ребенка, если ребенок демонстрирует возбудимость, раздражительность, агрессивность. При расспросе необходимо получить информацию о жалобах, генетических особенностях, психологическом, неврологическом и соматическом здоровье, а также информацию о профессиональной деятельности родителей. Важно выяснить детали о беременности, родах и возможных осложнениях. Оценить состав семьи, внутрисемейные взаимоотношения, были ли трудные жизненные ситуации, конфликты.

Важно сформировать представление о ребенке на основе информации от родителей. В какие игры играет дома, характер игры (спокойная или разрушительная, самостоятельная или требует привлечения родителей), есть ли специфические интересы, привычки, как проводит свободное время, сформированы ли все необходимые навыки в соответствии с возрастом, как ребенок ведет себя в детском саду, как взаимодействует с детьми и воспитателями. Изучить прилагаемую характеристику с детского сада.

Собрать информацию о принимаемых препаратах ранее и в настоящее время, в т.ч. о препаратах, которые вызвали побочные эффекты или парадоксальные реакции.

Обследование ребенка проводится в присутствии родителей/ опекунов, оценивается взаимодействие с родителями, доступен ли ребенок к выполнению предлагаемых заданий с учетом актуального уровня развития.

2. Психическое обследование

На данном этапе собирается информация о причинах и механизмах возникновения девиантного поведения.

Поведенческий анализ включает в себя информацию в каком возрасте появились поведенческие нарушения, как они проявлялись, с чем были связаны по мнению родителей или опекунов, что провоцировало данное поведение, в каких ситуациях возникало, выяснить внутрисемейную обстановку, реакцию родителей на проблемное поведение ребенка, провести совместный просмотр архивных видеозаписей, записанных в момент проявления девиантного поведения дома или в другом каком-либо месте, при наличии их у родителей и с их согласия. Последнее поможет выявить возможные факторы, которые могли оказывать влияние на формирование девиантного поведения. Помимо развития и оценки состояния ребенка, выявить преобладающий фон настроения у родителей.

3. Физикальное обследование

При поступлении в отделение оцениваются основные параметры: масса тела ребенка, рост. При осмотре оценивается – не бьется ли ребенок головой о стену, пол, другие поверхности, не бьет ли сам себя по голове, по другим частям тела (при аутоагрессии), что может быть связано с болевым синдромом. Также необходимо обратить внимание на то, кусает ли ребенок сам себя, тянет ли в рот несъедобные предметы, что может быть связано со стоматологическими проблемами (кариес, пульпит, прорезывание зубов), сенсорными нарушениями или с проявлением анемии.

Физикальный осмотр может быть затруднен по нескольким причинам: гипо- или гиперчувствительности сенсорной сферы, повышенной тревожности у ребенка, выраженных протестных форм поведения на ситуацию осмотра. Поэтому важно дать ребенку адаптироваться в кабинете прежде чем приступить к осмотру. При осмотре врач проверяет кожные покровы на предмет царапин, ссадин, следов от укусов (при аутоагрессии), расчесов, на предмет сухости и шелушения поверхности кожи (как

проявления аллергии, дерматита). Резкие крики, сопротивление ребенка при осмотре живота, может свидетельствовать о спазмах, метеоризме. Стремление покинуть кабинет может быть связано с ярким светом в нем, неприятным запахом для ребенка, негативным опытом при осмотре или со страхом белых халатов.

4. Лабораторные исследования

Врачом при поступлении назначаются анализы крови, мочи, кала, биохимический анализ. Если ребенок длительное время принимает(л) рисперидон или у ребенка на фоне приема психофармакотерапии может увеличиваться масса тела, поэтому дополнительно назначается анализ крови на пролактин.

В случае, если у ребенка установлен диагноз эпилепсии, ребенок принимает противоэпилептические препараты и регистрируется девиантное поведение, то врачом-неврологом может быть дополнительно назначен контроль концентрации противоэпилептического препарата в крови.

5. Функциональные исследования

В зависимости от симптомов и подозрений на заболевания, врач назначает различные инструментальные методы исследования, такие как УЗИ абдоминальное, МРТ головного мозга, ЭЭГ-видеомониторирование, электрокардиограмму и другие, чтобы получить дополнительную информацию о состоянии органов и тканей.

6. Экспериментально-психологическое исследование

Это важный этап в оценке девиантного поведения ребенка, который позволяет выявить его индивидуальные особенности, уровень развития, причины девиантного поведения и возможные пути его коррекции.

Перед тем, как проводить экспериментальное обследование, в первую очередь, необходимо изучить анамнез, заранее познакомиться с ребенком вне эксперимента и провести тщательное наблюдение в игровой, во взаимодействии с родителями, на занятиях с другими специалистами. Это

может помочь выявить конкретные факторы, вызывающие девиантное поведение, и определить, какие адаптивные стратегии наиболее эффективны для ребенка. Необходимо отметить, что маленькие дети, а особенно дети с психическими нарушениями, не всегда легко и охотно вступают в контакт с экспериментатором и включаются в деятельность по выполнению заданий. Эффективность обследования детей с девиантным поведением зависит от командной работы специалистов. Совместный анализ данных и обсуждение планов интервенции позволят создать комплексную систему поддержки.

7. Консультации специалистов

В случае необходимости врач может направить пациента на консультацию к специалисту, чтобы получить более глубокую экспертную оценку и мнение по поводу диагностики и лечения.

После проведения всех необходимых этапов клинического обследования врач составляет заключение о состоянии пациента и принимает решение о дальнейшем лечении.

5.4 Психофармакотерапия

Коррекция девиантного поведения у детей дошкольного возраста с аутизмом требует особого внимания. Поскольку дети находятся в периоде активного роста, развития и формирования личности, постольку и симптомы аутизма и девиантного поведения могут проявляться по-разному. Определение оптимальной стратегии лечения требует детального исследования каждого отдельного случая.

Фармакологическое лечение рекомендовано начинать после исключения медицинских проблем, выявления факторов окружающей среды и после отсутствия эффекта от немедикаментозных методов вмешательства [22].

Согласно проведенному исследованию, по состоянию на 2019 год, лечение и коррекция расстройств аутистического спектра осуществлялась в

соответствии с клиническими рекомендациями от 2015 года. Эти рекомендации предлагали использование широкого спектра лекарственных препаратов, учитывая возраст пациента и тип РАС, включая как психотическую, так и не психотическую формы этого расстройства. Следует отметить, что подход к лечению психотических состояний осуществлялся с использованием комплексной методики, включающей одновременное применение препаратов из группы нейролептиков, ноотропов, нормотимиков. При не психотических формах рекомендовалось применение ноотропов и витаминов, в то время как применение нейролептиков являлось нежелательным. В коррекции поведенческих нарушений не рекомендовано использовать ноотропные и пептидные группы препаратов, так как нет доказательных данных об их эффективности [22], тем более, в коррекции поведенческих нарушений. Важным фактом является то, что коррекция девиантных форм проводилась без учета сопутствующей патологии.

Несмотря на то, что с 2020 года коррекция РАС и сопутствующих нарушений проходит по клиническим рекомендациям от 2020 года, где используется принцип доказательности. К настоящему времени некоторые врачи продолжают использовать в своей практике препараты, не рекомендованные для детей с РАС. Перед поступлением родители детей были обеспокоены лечением детей, наблюдаясь как у психиатра, так и у невролога. В таблице 21 представлены группы препаратов, которые дети получали до поступления в стационар:

Таблица 21 - Медикаментозная коррекция до поступления в стационар

Группа препаратов	Группа с девиантным поведением N=111 (100%)	Группа без проявлений девиантного поведения N=39 (100%)	Всего Абс. (%) N=150 (100%)
Ноотропы	105 (94,6%)	38 (97,4%)	143 (95,3%)
Нейролептики	42(37,8%)	6(15,4%)	48 (32%)
БАДы	19(17,1%)	4(10,3%)	23 (15,3%)
Антидепрессанты	6(5,4%)	2(5,1%)	8 (5,3%)
Нормотимики	2(1,8%)	0	2 (1,3%)

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.

В таблице 22 представлены группа антипсихотиков, использовавшихся в отделении с целью коррекции девиантного поведения в соответствии с клиническими рекомендациями 2015 года:

Таблица 22 - Антипсихотики, использовавшиеся в отделении до 2020 года

Группа препарата и количество детей, получавших терапию	Редукция девиантного поведения до 2020г. N=49			Уровень достоверности, р
	Неполная редукция N=26	Полная редукция N=3	Отсутствие редукции N=20	
Антипсихотики (N=39)	22 (56,4%)	2 (5,1%)	15 (38,5%)	p > 0,05

С целью коррекции поведения применялись нейролептики: галоперидол, хлорпромазин, перициазин, хлорпротиксен, тиоридазин, алимемазин, рисперидон, клозапин (вне инструкции).

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

В таблице 23 представлена информация о препаратах из группы антипсихотиков, которые использовались в отделении с 2020 года:

Таблица 23 - Антипсихотики, применявшиеся в отделении с 2020 года

Группа Препарата и количество детей, получавших терапию	Редукция девиантного поведения с 2020г. N=62			Уровень достоверности, р
	Неполная редукция N=28	Полная редукция N=29	Отсутствие редукции N=5	
Антипсихотики (N=47)	20 (42,6%)	23 (48,9%)	4 (8,5%)	p>0,05

Из антипсихотиков использовались: рисперидон, арипипразол, перициазин, галоперидол. При сравнении антипсихотической терапии в разные периоды лечения, можно сделать вывод, что с 2020г 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.

Эффективность нейролептиков в коррекции девиантного поведения у детей с аутизмом подтверждена рядом исследований [35, 118, 151]. Решение о назначении нейролептиках принималось, когда другие методы лечения

оказывались недостаточно эффективными или неспособными справиться с тяжелыми симптомами ребенка.

Неврологом по показаниям и с целью стабилизация эмоционального фона проводилась коррекция препаратом из группы нормотимиков (карбамазепином). Стоит отметить, что в коррекции девиантного поведения не использовалось сочетание карбамазепин – рисперидон/арипипразол, так как карбамазепин максимально снижал концентрацию нейролептиков в крови, что приводило к неэффективности препаратов.

В таблице 24 представлена информация о двух группах препаратов (транквилизаторы и антидепрессанты), использовавшихся в лечении до 2020г.

Таблица 24 - Группы транквилизаторов и антидепрессантов, применявшиеся в отделении до 2020 года

Группа Препарата и количество детей, получавших терапию	Редукция девиантного поведения до 2020г. N=49			Уровень достоверности, р
	Неполная редукция N=26	Полная редукция N=3	Отсутствие редукции N=20	
Транквилизатор (N=4)	2 (50,0%)	0	2 (50,0%)	p > 0,05
Антидепрессант (N=21)	11 (52,4%)	2 (9,5%)	8 (38,1%)	p > 0,05

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

С 2020 года из транквилизаторов использовался гидроксизин, из антидепрессантов использовался флувоксамин, амитриптилин в коррекции

эмоциональных нарушений не применялся. В таблице 25 представлена информация об использовании антидепрессантов в отделении:

Таблица 25 - Группы транквилизаторов и антидепрессантов, которые применялись в отделении с 2020 года

Группа Препарата и количество детей, получавших терапию	Редукция девиантного поведения с 2020 г N=62			Уровень достоверности, р
	Неполная редукция N=28	Полная редукция N=29	Отсутствие редукции N=5	
Транквилизатор (N=12)	6 (50,0%)	6 (50,0%)	0	p > 0,05
Антидепрессант (N=23)	12 (52,2%)	8 (34,8%)	3 (13,1%)	p > 0,05

Антидепрессанты и транквилизаторы назначались с целью уменьшения симптомов тревожности и неустойчивого настроения, которые возникали на фоне девиантного поведения у детей с РАС. Препараты улучшали ответ на обучение и поведенческую терапию, что помогало детям развивать навыки коммуникации, адаптации и самоконтроля.

При сравнении результатов лечения группы транквилизаторов за два периода лечения состояние полной редукции до 2020г 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. Информация представлена в таблице 26:

Таблица 26 - *Группа ноотропов, использовавшиеся в коррекции девиантного поведения до 2020 года*

Группа Препарата и количество детей, получавших терапию	Редукция девиантного поведения до 2020г. N=49			Уровень достоверности, р
	Неполная редукция N=26	Полная редукция N=3	Отсутствие редукции N=20	
Ноотропы (N=49)	26 (53,1%)	3 (6,1%)	20 (40,8%)	p > 0,05

Из ноотропов применялись 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 (2020г.), отказа родителей из-за появления у детей побочных эффекта в виде возбудимости, неуправляемости, нарушений сна.

В протоколах лечения до 2020 года отмечался одновременный прием нескольких препаратов, не сочетающихся между собой, использовались малые дозировки препаратов. Лечение ноотропами проводилось с 2-летнего возраста и в течение года повторялось по 2-3-4 раза. В результате, полная редукция девиантного поведения отмечалась у 3 детей, неполная у 26 детей и отсутствие редукции у 20 детей.

С 2020 года при госпитализации детей в психиатрическое отделение использовался комплексный индивидуальный подход с учетом возрастных

особенностей, сопутствующей патологии, дополнительных методов исследований и клинических проявлений. Учитывая отсутствие препаратов, которые бы влияли на ключевые проявления РАС, выбор конкретного препарата определялся симптоматикой, которая выходила на первый план. Перед назначением любого из вышеперечисленных групп препаратов, 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 препараты назначались с учетом переносимости и лекарственного взаимодействия.

Назначение препаратов для детей с девиантным поведением при аутизме является сложным и ответственным вопросом. Использование медикаментозного лечения должно быть включено в общую комплексную программу коррекции и не должно заменять другие методы терапии, такие как психологическую, логопедическую, поведенческую, обучение и поддержку ребенка и его семьи.

5.5 Немедикаментозные методы вмешательства в коррекции девиантного поведения у детей с РАС

Немедикаментозное лечение девиантных форм при аутизме является важной составляющей комплексного подхода. Разработка индивидуального плана вмешательства учитывает особенности каждого ребенка.

До 2020 года в детском общепсихиатрическом отделении коррекция проводилась на основе клинических рекомендаций 2015 года. В ходе психолого-педагогических приемов, включающих занятия с логопедами и дефектологами, а также специалистами адаптивной физкультуры. Специалисты стремились «запустить речь» у детей и улучшить моторные навыки. Однако, несмотря на значимость этих методов, больше внимания

отдавалось медикаментозной терапии, в отличие от немедикаментозной. Психообразование с родителями проводилось лишь по запросу родителей, и недостаточно интенсивно. В отделении не применяли методики, базирующиеся на прикладном анализе поведения, считая этот метод малоэффективным в силу недостаточных знаний о проблеме аутизма.

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

В настоящее время не существует единой общепринятой классификации немедикаментозных вмешательств, но условно оно делится на целевые и комплексные, которые в свою очередь могут быть разделены на психологические, образовательные, поведенческие [22].

Комплексная программа, основанная на принципах прикладного анализа поведения, реализуется в специализированных центрах, образовательных учреждениях и на долгосрочной основе. Для детей дошкольного возраста к данной программе относятся: раннее интенсивное поведенческое вмешательство (early intensive behavioral intervention, EIBI) и комплексная программа ТЕАССН (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) [222].

Целевая программа также основана на принципах прикладного анализа поведения, целью которой является решение конкретных задач. Для детей дошкольного возраста используются: вмешательство РАСТ (Preschool Autism Communication Trial), методика альтернативной коммуникации PECS (Picture Exchange Communication System – система коммуникации с помощью карточек), обучение родителей работе с нежелательным поведением детей с

РАС, использование метода функциональной оценки/анализа поведения для пациентов с РАС [22].

В ходе нашего исследования были использованы следующие образовательные программы:

- ✓ Программы, основанные на принципах АВА-терапии.
- ✓ Функциональный анализ поведения в процессе выяснения психологических причин поведения. На логопедических занятиях использовались визуальное расписание, визуальные подсказки, видеомоделирование, использование альтернативных способов коммуникации по системе PECS, положительное и отрицательное подкрепление, гашение поведения.
- ✓ Адаптивная физкультура
- ✓ Помогает детям снижать уровень стресса за счет двигательной нагрузки.
- ✓ Психообразование родителей

В процессе госпитализации проводятся беседы с родителями совместно со специалистами.

На созданной в отделении «Школе аутизма» для родителей, воспитывающих детей с РАС, рассматривались детально вопросы о аутизме, причинах возникновения, клинических проявлениях, сопутствующих заболеваниях, девиантных формах поведения, медикаментозной и немедикаментозной коррекции. Занятия проводятся с родителями 1 раз в месяц, начиная с 2020 года по настоящее время.

Педагогические программы

В детском психиатрическом отделении реализована программа для детей с ограниченными возможностями здоровья, проводятся музыкальные занятия, занятия по сенсорной интеграции.

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.

5.6 Профилактика девиантного поведения у детей с РАС

Девиантное поведение у детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра является важной проблемой, требующей эффективной профилактики. Построение психопрофилактической работы тесно связано с вопросами психогигиены и воспитания в раннем возрасте [12].

Первый этап профилактики – диагностика. Он заключается во временном выявлении признаков РАС и девиантного поведения у ребенка. Это позволяет своевременно установить диагноз аутизма, изучить его особенности для последующих этапов профилактики.

Второй этап – командная работа специалистов. Профессионалы разных и смежных областей – педагоги, психологи, нейропсихологи, поведенческие специалисты, логопеды и медицинский персонал работают сообща, сочетая свои знания и опыт в решении задач профилактики девиантного поведения.

Команда специалистов обеспечивает индивидуальный подход к каждому ребенку.

Третий этап – разработка индивидуального плана профилактики. На этом этапе специалисты определяют области, в которых ребенок испытывает дефициты и трудности, разрабатывая план мероприятий, направленных на укрепление навыков и уменьшение девиантного поведения. Этот план должен быть гибким и учитывать потребности и прогресс каждого ребенка отдельно.

Четвертый этап – регулярное обучение родителей и педагогов методам работы с детьми с РАС. Родители и педагоги являются ключевыми фигурами в процессе профилактики девиантного поведения. Поэтому они должны получить систематическое обучение тем методам и подходам, которые могут применяться в повседневной жизни детей с РАС. Это помогает создать единое понимание среди взрослых и обеспечить непрерывное практическое применение усвоенных навыков.

Пятый этап – организация пространства и окружения. Воспитание детей с РАС требует определенной атмосферы и пространства. Задача состоит в создании окружения, которое способствует стимулированию развития, коммуникативным навыкам и поддержке эмоционального благополучия каждого ребенка. Это может быть достигнуто посредством мобильной адаптации игровых ситуаций, предоставления специального оборудования и аксессуаров, а также проведения активных форм занятий.

Шестой этап – систематическое наблюдение и оценка. Он подразумевает постоянный мониторинг детей для отслеживания прогресса и раннего выявления потенциальных проблем. Регулярная оценка позволяет вносить коррективы в индивидуальный план профилактики и осуществлять своевременное вмешательство в случае необходимости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аутизм – это расстройство нейроразвития, проявляющее себя на протяжении всей жизни, начиная с раннего возраста. По мере решения существующих связанных с аутизмом проблем возникают все новые и новые вопросы [12].

Изучение девиантных форм поведения у детей с аутизмом в дошкольном возрасте является актуальной и важной задачей. В этом возрасте дети с аутизмом сталкиваются с проблемами, связанными с развитием и адаптацией к обществу. Одной из проблем детей с РАС является девиантное поведение, которое отличается от поведения сверстников без РАС.

Изучение отклоняющего поведения у детей с аутизмом в этом возрасте имеет несколько целей.

Во-первых, оно поможет лучше понять природу и причины такого поведения, а также выявить факторы, которые его обуславливают. Такое понимание важно для эффективной разработки программ ранней помощи.

Во-вторых, изучение девиантных форм поведения даст возможность разработать и применить эффективные стратегии и методики работы с детьми, направленные на улучшение их поведения и регуляцию эмоций. Успешная коррекция и поддержка поведения улучшит интеграцию ребенка с аутизмом в обществе и повышению качества жизни.

В-третьих, изучение ранних проявлений девиантного поведения у детей с аутизмом поможет предотвратить долгосрочные негативные последствия и развитие социальной изоляции. Своевременное обнаружение и анализ отклоняющего поведения позволит определить индивидуальные потребности и возможности детей с аутизмом, способствуя эффективной адаптации ребенка в обществе.

Само понятие «девиантное поведения» носит междисциплинарный характер, находится на стыке многих специальностей, таких как психиатрия,

психология, педагогика. Поэтому диагностика девиантного поведения, особенно у детей дошкольного возраста с РАС представляет собой сложную и непростую задачу.

Одним из основных факторов, которые делают диагностику девиантного поведения трудной, является ранний возраст детей, в котором проявляются признаки аутизма. В дошкольном возрасте диагноз ставится на основе наблюдений и анализа поведенческих симптомов ребенка. В этом возрасте ребенок испытывает трудности в саморегуляции. Поэтому не всегда можно определить, какие действия или реакции являются девиантными для ребенка с аутизмом, а какие соответствуют его индивидуальным особенностям.

Также, сложность диагностики обусловлена особенностями коммуникации. Дети с РАС испытывают трудности в выражении своих эмоций и желаний из-за речевых нарушений и ограниченного набора коммуникативных навыков. В связи с этим, возникает трудность в определении, что именно вызывает девиантное поведение у ребенка, если он не может ясно выразить свои мысли и чувства. Тем не менее, специалисты и родители (опекуны) ищут пути решения и применяют различные методы для точной диагностики аутизма и девиантного поведения.

Целью исследования было выявление закономерностей формирования девиантного поведения у детей дошкольного возраста с РАС для разработки дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Исследование проводилось на базе детского психиатрического отделения «ДГБ№1» г. Омска. Выборку исследования составили 150 детей, обоего пола (108 мальчиков и 42 девочки), дошкольного возраста (3-7 лет). Средний возраст составил 4 года 8 мес.

Диагностика детского и атипичного аутизма проводилась на основе диагностических критериев МКБ-10. В нашем исследовании средний возраст постановки диагноза аутизма составил 4,5 года. Поздняя постановка диагноза

связана с тем, что многие родители в процессе развития ребенка до 3 лет не замечают признаков аутизма и оценивают их только ретроспективно.

Диагнозы детского аутизма (F84.0) и атипичного аутизма с умственной отсталостью (F84.11) выставлялись чаще, несмотря на недостоверность различий. Это обусловлено особенностями возраста, поскольку симптомы детского аутизма проявляются до 3 лет, в то время как атипичный аутизм обнаруживается после 3 лет, что подтверждалось ретроспективным исследованием при опросе родителей.

При тщательном расспросе о ранних периодах развития ребенка (младенческого и пред-дошкольного) родители 78 детей (52,0%) сообщили об отсутствии нормального периода развития, родители 64 детей (42,7%) сообщили о нормальном периоде развития до 1,5-2 лет, родители 3 детей (2,0%) сообщили о нормальном периоде развития до 3-4 лет и родители 5 детей (3,3%) затруднились ответить на данный вопрос. Сложность о возрасте начала аутистических проявлений заключалась в том, что признаки аутизма до 3 лет родители интерпретировали как индивидуальные особенности.

Для достижения поставленной цели применялись: клинико-катамнестический, клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический и статистический методы.

В ходе клинического анализа сформировано две группы пациентов. Первая группа включала 111 детей с диагнозом РАС и проявлениями девиантного поведения. Вторая группа состояла из 39 детей с диагнозом РАС, но без проявлений девиантного поведения.

В основной группе отклоняющее поведение проявлялось в различных формах. У 64 (57,7%) детей проявлялось в форме гиперактивности, у 63 (56,8%) в форме возбудимости, у 55 (49,5%) в форме негативизма, у 33 (29,7%) детей в форме физической агрессии, у 27 (24,3%) в форме аутоагрессии, у 25 (22,5%) в форме раздражительности.

При поступлении родители 76% детей предъявляли жалобы на отсутствие речи, нежели на девиантное поведение. Так как именно отсутствие речи и нарушение коммуникации вызывали большую озабоченность.

Родители замечали девиантное поведение у своих детей в возрасте от 1,5 до 3 лет (несмотря на недостоверность различий). Возраст 3 лет является ключевым возрастом («первым кризовым возрастом») и одновременно является временем, когда проявления девиантного поведения оказывают отрицательное влияние на развитие ребенка. Периодом «второго кризового возраста» является период от 6 до 7 лет, когда наблюдается постепенное усиление девиантного поведения в связи с высокими требованиями социальной среды, а также не выявленной и не скорректированной сопутствующей патологии или в результате действия психологических факторов.

Тяжесть аутистических проявлений с 2019 года оценивалась по шкале CARS. В основной группе у 69 детей (62,2%) отмечались тяжелые проявления, в сравнении с группой контроля, где у 22 детей (56,4%) выявились тяжелые проявления, несмотря на недостоверность различий. Тяжесть проявлений совпала с возрастом начала девиантного поведения (1,5-3 года).

В процессе госпитализации наблюдалось взаимосвязанное проявление различных форм девиантного поведения у детей. То есть, в зависимости от факторов, влияющих на девиантное поведение, один и тот же ребенок мог проявлять гиперактивность, возбудимость и негативизм в разной степени выраженности.

По результатам опросника Гудмана, гиперактивность была обнаружена у 48 детей в основной группе, что составляет 71,6% от общего числа. Этот уровень гиперактивности имел отклонения на значимом уровне ($p < 0,05$). Из общего числа 65 клинически установленных случаев гиперактивности, часть

детей находилась на пограничном уровне или в рамках нормальных показателей. Таким образом, поведение этих детей не было закрепленным как патологическое. По результатам анкетирования о трудностях ребенка, большой процент родителей отмечал, что трудности «довольно сильно» обременяли семью. Родители сообщали о трудностях внутрисемейных отношениях, социальной изоляции от общества, отсутствия поддержки со стороны близких и знакомых, что оказывало влияние на общий эмоциональный фон.

Стоит отметить, что практически в равной степени часть родителей принимали себя в качестве родителя и часть не принимали себя ($p < 0,05$) в процессе взаимодействия с ребенком. При возникновении девиантного поведения, родители 41 ребенка (68,3%) не понимали причин проблемного поведения и при их возникновении не могли воздействовать на них ($p < 0,05$). На пути понимания и воздействия на причины девиантного поведения ребенка с аутизмом возникают эмоциональные и психологические преграды. Родителей охватывает страх, растерянность и ощущение беспомощности перед непредсказуемыми реакциями своего ребенка. Это приводит к отчаянию и сомнению в собственных способностях помочь ребенку.

В процессе обследования, нами выявлены факторы, влияющие на формирование девиантного поведения, к которым относятся психологические факторы и факторы сопутствующей патологии (неврологической, психической, неврологической).

Психологические причины поведения оценивались в процессе госпитализации и корректировались с помощью функционального анализа поведения на основе «трехфакторной последовательности обусловливания». Смысл этой модели заключается в том, что влияя на стимулы, которые запускают поведение или на последствия поведения, это приводило к редукации поведения. На примере данной модели, редукации поддавались негативизм, возбудимость, агрессия и аутоагрессия. Провести полный анализ

психологических причин в исследовании оказалось затруднительным, так как причин, формирующих девиантное поведение при аутизме множество. При этом, данные проявления у каждого ребенка индивидуальны и требуют длительного клинического наблюдения в различных жизненных контекстах. Тяжелее поддавались редукции формы поведения, которые были закреплены в течение длительного времени.

Из факторов, сопутствующей соматической патологии, до госпитализации у 10% детей были выявлены гастроэнтерологические проблемы и у 8% кожные заболевания. Во время госпитализации у 52,7% детей выявлена ЛОР патология, у 14,7% выявлены стоматологические проблемы, у 2,7% кожные заболевания и у 0,7% гастроэнтерологические нарушения. Выявленные заболевания приводили к проявлениям спонтанной возбудимости, раздражительности, гиперактивности. Малый процент выявленных состояний и заболеваний свидетельствует о том, что эти состояния могут перекрываться, протекать с демонстрацией различных форм девиантного поведения, так и в скрытой форме. Кроме того, дети с аутизмом часто испытывают трудности в выражении своих ощущений из-за речевого недоразвития (100% детей в нашем исследовании). Это создает дополнительные сложности в выявлении и описании сопутствующих соматических проблем. Например, ребенок может испытывать боль или дискомфорт, но не в состоянии вербализовать или продемонстрировать это своему окружению. Важно следить за соматическим состоянием ребенка, так как пропуск сопутствующей соматической патологии может привести к серьезным последствиям для здоровья и качества жизни. Необходимо проводить тщательный скрининг и обследования, чтобы обнаружить возможные сопутствующие патологии и предоставить своевременную соответствующую медицинскую помощь.

Из факторов сопутствующей психической патологии, у 150 детей (100%) выявлены речевые нарушения разной степени выраженности, у 132

детей (88,0%) интеллектуальная недостаточность и 13 детей (8,7%) задержка психо-речевого развития, у 57 детей (38,0%) тревожные расстройства, у 52 детей (34,7%) нарушения сна и у 27 детей (18,0%) фобическое тревожное расстройство.

Уровень тревожности дополнительно оценивался опросником SCAS. По результатам которого, лишь у 35 детей общий балл тревоги отмечается высоким, а у 44 детей в пределах нормального. Несмотря на это, высокий уровень тревоги в 1 группе регистрировался в субшкалах «генерализованной тревоги», «ОКР» ($p < 0,05$) и «сепарационной тревоги». Тревожность у детей дошкольного возраста с аутизмом сложно диагностировать, особенно у детей дошкольного возраста, так как симптомы могут перекрывать друг друга или быть взаимосвязаны.

Из факторов, сопутствующей неврологической патологии, наибольший интерес представляет эпилепсия. В нашем исследовании эпилепсия присутствует у 6 детей (5,4%). Данное сочетание патологий в дополнении с сопутствующей соматической патологией, интеллектуальной недостаточностью и речевым недоразвитием формирует картину тяжелых проявлений аутизма с трудом поддающегося коррекции, усугубляя адаптивные возможности ребенка, социализацию и качество жизни.

Выявление и понимание факторов, влияющих на девиантное поведение у детей с аутизмом, является предшествующим этапом перед психофармакотерапией.

Ребенку предлагались медикаментозные и немедикаментозные методы вмешательства на основе клинических рекомендации по РАС, действующие с 2020 года.

Сравнительный анализ лечения девиантного поведения проводился по двум клиническим рекомендациям (от 2015 и от 2020 гг.). До 2020 года по клиническим рекомендациям 2015 года в отделении лечилось 49 детей. В коррекции использовались у 39 детей антипсихотики (79,6%), у 49 детей

(100%) ноотропы, у 21 ребенка (42,9%) антидепрессанты и у 4 детей (8,2%) транквилизаторы. Из немедикаментозных методов использовались психолого-педагогическая коррекция и адаптивная физкультура. Психообразованию родителей внимание уделялось недостаточно интенсивно, лишь по необходимости. Методы прикладного анализа не использовались.

По клиническим рекомендациям от 2020 года лечилось 62 ребенка. В отделении у 47 детей (75,8%) использовались антипсихотики, у 23 детей (37,1%) антидепрессанты и у 12 детей (19,4%) транквилизаторы, ноотропные препараты в коррекции девиантного поведения не применялись. Из немедикаментозных методов применялись: функциональный анализ поведения, визуальное расписание, визуальные подсказки, видеомоделирование, использование альтернативных способов коммуникации системы PECS, положительное и отрицательное подкрепление, гашение поведения; адаптивная физкультура; психообразование родителей.

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 психологических факторов и факторов сопутствующей патологии (соматической, неврологической, психической). Применение методик, основанных на прикладном анализе поведения и адекватную психофармакотерапию. Взаимодействие на оси родитель-ребенок-окружение позволяет уменьшить необходимость в препаратах. Психообразование родителей улучшает внутрисемейные отношения, взаимодействие с ребенком, помогает лучше понять причины девиантного поведения и выработать стратегии предотвращения поведенческих нарушений. Пациент-ориентированный подход способствует эффективной

редукции девиантного поведения, повышая качество жизни детей и их семей, способствуя успешной социализации.

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 аутизмом рекомендовано использовать комплексную программу помощи 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.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Одной из трудностей, с которыми сталкиваются дети с РАС, заключается в демонстрации девиантного поведения. В результате исследования и практики, мы разработали ряд практических рекомендаций по выявлению и коррекции девиантного поведения у детей. Внедрение комплексной программы коррекции отклоняющего поведения является важным этапом в работе с такими детьми. Ниже разработанные положения применимы и могут себя реализовать в стационарных условиях, на этапах амбулаторной помощи и реабилитационных мероприятиях.

Комплексная программа проводится поэтапно и последовательно:

1) Этап диагностики включает в себя проведение структурированного интервью с родителями с целью диагностики аутизма и выявления девиантного поведения. Выясняется информация, когда впервые возникло девиантное поведение и в какой форме, какую функцию несет поведение, ситуации, в которых чаще возникает отклоняющее 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 детальный 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.

- Консультация стоматолога необходима в случае аутоагрессии (кусание пальцев рук, собственных частей тела), исключается болевой синдром при стоматологических патологиях.

- 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.

4) 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.

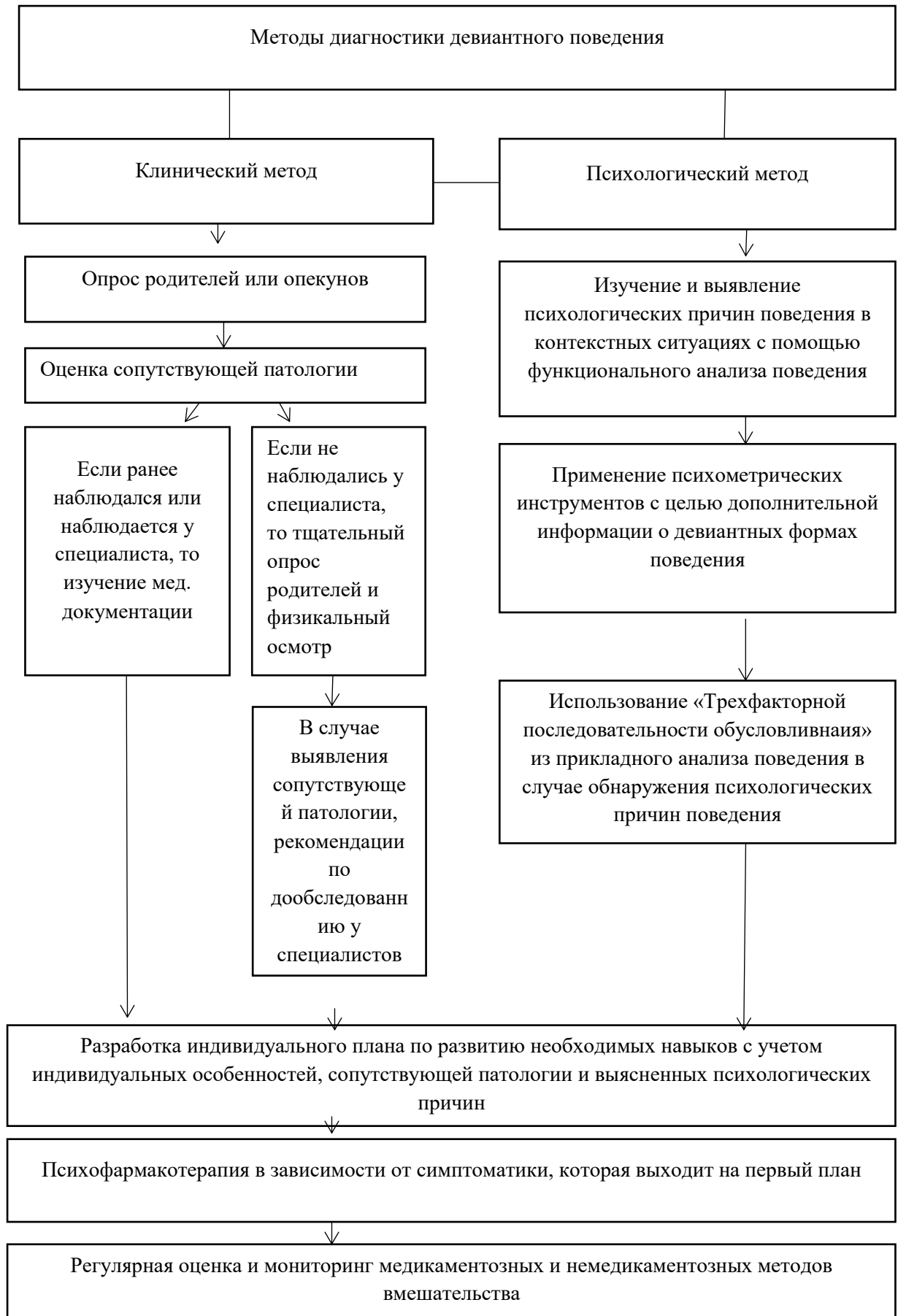
5) Психотропные препараты назначаются только при выявлении у ребенка коморбидной психической патологии.

6) 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 о аутизме и помощь? Польза и вред гаджетов при обучении детей с РАС.

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

В заключение, представленные практические рекомендации, могут служить основой для разработки и применения индивидуальных планов коррекции в практике врачей-психиатров, врачей-неврологов, специалистов сферы образования и психологов, способствуя лучшей адаптации и качественной жизни детей с аутизмом.



Блок-схема - Диагностика и коррекция девиантного поведения

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аналитическая справка о состоянии образования обучающихся с расстройствами аутистического спектра в субъектах Российской Федерации 2022 году [Электронный ресурс] / Федеральный Ресурсный Центр.- URL: https://autism-frc.ru/ckeditor_assets/attachments/4263/analiticheskaya_spravka_monitoring_ras_2022_29_12_2022.pdf (дата обращения 06.10.2023г.).
2. Аутизм / Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). РАС. [Электронный ресурс].- URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> (дата обращения 06.10.2023).
3. Башина, В.М. Аутизм в детстве [Текст] / В.М. Башина.- Москва: Медицина, 1999.- 238 с.
4. Бородина, Л.Г. Типология отклоняющегося развития: Варианты аутистических расстройств [Текст] / Л.Г. Бородина, Н.Я. Семаго, М.М. Семаго.– Москва: Генезис, 2020.– 368с.
5. Венгер, А.Л. Психологическое консультирование и диагностика: практическое руководство [Текст]: в 2-х частях / А.Л. Венгер.- Москва: Генезис, 2007.- Ч. 2.- 128с.
6. Григоренко, Е.Л. Расстройства аутистического спектра [Текст] / Е.Л. Григоренко.- Москва: Практика, 2018.- С.80.
7. Гринспен, С. На ты с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления [Текст] / С. Гринспен, С. Уидер.- Москва: Теревинф, 2012.- 608с.
8. Дети с расстройствами аутистического спектра в детском саду и школе: практики с доказанной эффективностью [Текст] / С. Довбня, Т. Морозова, А. Залогина, И. Монова.– Москва: Альпина ПРО, 2022.– 222с.

9. Змановская, Е.В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения) [Текст] / Е.В. Змановская.– Москва: Академия, 2004.– 288 с.
10. Информация о структуре детской психиатрической службы [Электронный ресурс].- URL: <http://ookpb.ru/pomoshh-detyam/> (дата обращения 06.10.2023г.).
11. Исаев, Д.Н. Психиатрия детского возраста. Психопатология развития [Текст] / Д.Н. Исаев.– Санкт-Петербург: СпецЛит, 2013.– 469с.
12. Каган, В.Е. Аутизм у детей [Текст] / В.Е. Каган.– Ленинград: Медицина, 1981.– 190 с.
13. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра [Текст] / под редакцией Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник.– Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.– 288с.
14. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей [Текст] / В.В. Ковалев.- Москва: Медицина, 1979.- 189с.
15. Макушкин, Е.В. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах [Текст] / Е.В. Макушкин, Н.К. Демчева // Российский психиатрический журнал.- 2019.- № 4.- С. 4-15.
16. Макушкин, Е.В. Распространенность аутизма: подлинная и мнимая [Текст] / Е.В. Макушкин, И.В. Макаров, В.Э. Пашковский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.- 2019.- Т.119, №2.- С. 80-86.
17. Мелешкевич, О. Особые дети. Введение в прикладной анализ поведения (АВА): принципы коррекции проблемного поведения и стратегии обучения детей с расстройствами аутистического спектра и другими особенностями развития [Текст] / О. Мелешкевич, Ю. Эрц.– Самара: Бахрах-М, 2021.– 208с.

18. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения [Текст] / В.Д. Менделевич.– Москва: Речь, 2005.– 445с.
19. Подготовка к школе детей с нарушениями эмоционально-волевой сферы: от индивидуальных занятий к обучению в классе [Текст] / Т.А. Бондарь, И.Ю. Захарова, И.С. Константинова [и др.].- Москва: Теревинф, 2019.- С. 115.
20. Психические расстройства и расстройства поведения(F00 - F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации [Текст] / под общей редакцией Б.А. Казаковцева, В.Б. Голланда.- Москва: Минздрав России, 1998.- 512с.
21. Психофармакотерапия в детской психиатрии: руководство для врачей [Текст] / А.Н. Бурдаков, И.В. Макаров, Ю.А. Фесенко, Е.В. Бурдакова.– Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.– 304 с.
22. Расстройства аутистического спектра. Клинические рекомендации [Текст] / Российское общество психиатров.- Москва, 2020.- 125с.
23. Ребер, М.Е. Расстройства аутистического спектра [Текст] / М.Е. Ребер.- Москва: Бином, 2017.- С. 245.
24. Руководство по детской и подростковой психиатрии [Текст]: в 2 томах / под редакцией Д.М. Рея; перевод с английского К. Мужановского.– Киев: Горобец, 2018.– Т. 1.– 772с.
25. Стал, С.М. Основы психофармакологии. Теория и практика [Текст] / С.М. Стал.- Москва: Гэотар-Медиа, 2019.- С. 216.
26. Сухарева, Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста [Текст]: в 3-х томах / Г.Е. Сухарева.- Москва: Медгиз, 1959.- Т. II.- С. 34.
27. Ушаков, Г.К. Детская психиатрия [Текст] / Г.К. Ушаков.- Москва: Медицина, 1973.- 392с.
28. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с последствиями перинатального поражения ЦНС с

- диффузной мышечной дистонией [Текст] / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Г.В. Яцык [и др.].- Москва, 2015.
29. Хаустов, А.В. Динамика в развитии системы образования детей с расстройствами аутистического спектра в России: результаты Всероссийского мониторинга 2020 года [Текст] / А.В. Хаустов, М.А. Шумских // Аутизм и нарушения развития.- 2021.- Т. 19, № 1.- С. 4—11.
30. Черенёва, Е.А. Роль детско-родительских отношений в формировании агрессивного поведения у детей младшего школьного возраста с расстройством аутистического спектра [Текст] / Е.А. Черенёва, Е.А. Володенкова, О.Л. Беляева // Педагогический журнал Башкортостана.- 2018.- №4(77).- С. 117-122.
31. Шрамм, Р. Детский аутизм и АВА - терапия, основанная на методах рикладного анализа поведения [Текст] / Р. Шрамм.- Екатеринбург: Рама Паблишинг, 2013.- С. 39.
32. A review of traditional and novel treatments for seizures in autism spectrum disorder: findings from a systematic review and expert panel [Text] / R.E. Frye, D. Rossignol, M.F. Casanova [et al.] // Front. Public. Health.- 2013.- Vol. 1.- P. 31.
33. A systematic review of medical treatments for children with autism spectrum disorders [Text] / M.L. McPheeters, Z. Warren, N. Sathe [et al.] // Pediatrics.- 2011.- Vol. 127, N. 5.- P. e1312-e1321.
34. A systematic review of two outcomes in autism spectrum disorder - epilepsy and mortality [Text] / S. Woolfenden, V. Sarkozy, G. Ridley [et al.] // Med. Child Neurol.- 2012.- Vol. 54, N. 4.- P. 306-312.- (Erratum in: Dev. Med. Child Neurol.- 2012.- Vol. 54, N. 7.- P. 672.).
35. A white paper on a neurodevelopmental framework for drug discovery in autism and other neurodevelopmental disorders [Text] / C.M. Díaz-Caneja,

- M.W. State, R.J. Hagerman [et al.] // *Eur. Neuropsychopharmacol.*- 2021.- Vol. 48.- P. 49-88.
36. Accardo, J.A. Sleep, epilepsy, and autism [Text] / J.A. Accardo, B.A. Malow // *Epilepsy Behav.*- 2015.- N. 47.- P. 202-206.
37. Acute behavioral crises in psychiatric inpatients with autism spectrum disorder (ASD): recognition of concomitant medical or non-ASD psychiatric conditions predicts enhanced improvement [Text] / V. Guinchat, C. Cravero, L. Diaz [et al.] // *Res. Dev. Disabil.*- 2015.- Vol. 38.- P. 242-255.
38. Aggressive behaviors and treatable risk factors of preschool children with autism spectrum disorder [Text] / C. Chen, Y.D. Shen, G.L. Xun [et al.] // *Autism Res.*- 2017.- Vol. 10, N. 6.- P. 1155-1162.
39. AlBacker, N. Assessment of parent report and actigraphy for sleep in children with autism spectrum disorders [Text] / N. AlBacker, S. Bashir // *Neurol. Psychiatry Brain. Res.*- 2017.- Vol. 23.- P. 16–19.
40. Al-Beltagi, M. Autism medical comorbidities [Text] / M. Al-Beltagi // *World J. Clin. Pediatr.*- 2021.- Vol. 10, N. 3.- P. 15-28.
41. An evaluation of the effects of intensity and duration on outcomes across treatment domains for children with autism spectrum disorder [Text] / E. Linstead, D.R. Dixon, E. Hong [et al.] // *Transl. Psychiatry.*- 2017.- Vol. 7, N. 9.- P. e1234.
42. An investigation of anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder [Text] / S. Williams, G. Leader, A. Mannion, J. Chen // *Res. Autism Spectr. Disord.*- 2015.- Vol. 10.- P. 30-40.
43. Are autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder different manifestations of one overarching disorder? Cognitive and symptom evidence from a clinical and population-based sample [Text] / J.M. van der Meer, A.M. Oerlemans, D.J. van Steijn [et al.] // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.*- 2012.- Vol. 51, N. 11.- P. 1160-1172.e3.

44. Association of Autistic Traits With Depression From Childhood to Age 18 Years [Text] / D. Rai, I. Culpin, H. Heuvelman [et al.] // *JAMA Psychiatry*.- 2018.- Vol. 75, N. 8.- P. 835-843.
45. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths [Text] / J.H. Loy, S.N. Merry, S.E. Hetrick, K. Stasiak // *Cochrane Database Syst. Rev.*- 2017.- Vol. 8, N. 8.- P. CD008559.
46. Autism spectrum disorders and oral health status: review of the literature [Text] / G.F. Ferrazzano, C. Salerno, C. Bravaccio [et al.] // *Eur. J. Paediatr. Dent.*- 2020.- Vol. 21, N. 1.- P. 9-12.
47. Autism spectrum symptomatology in children: the impact of family and peer relationships [Text] / A.B. Kelly, M.S. Garnett, T. Attwood, C. Peterson // *J. Abnorm. Child. Psychol.*- 2008.- Vol. 36, N. 7.- P. 1069-1081.
48. Baeza-Velasco, C. Attention-deficit/hyperactivity disorder, joint hypermobility-related disorders and pain: expanding body-mind connections to the developmental age [Text] / C. Baeza-Velasco, L. Sinibaldi, M. Castori // *Atten. Def. Hyp. Disord.*- 2018.- Vol. 10, N. 3.- P. 163–175.
49. Bartram, L.A. Aripiprazole for treating irritability associated with autism spectrum disorders [Text] / L.A. Bartram, J. Lozano, D.L. Coury // *Expert. Opin. Pharmacother.*- 2019.- Vol. 20, N. 12.- P. 1421-1427.
50. Belardinelli, C. Comorbid Behavioral Problems and Psychiatric Disorders in Autism Spectrum Disorders [Text] / C. Belardinelli, M. Raza, T. Taneli // *J. Child. Dev. Disord.*- 2016.- Vol. 2.- P. 11.
51. Burack, J.A. Development of low- and high-functioning autistic children [Text] / J.A. Burack, F.R. Volkmar // *J. Child. Psychol. Psychiatry*.- 1992.- Vol. 33, N. 3.- P. 607-616.
52. Canitano, R. Autism with Epilepsy: A Neuropsychopharmacology Update [Text] / R. Canitano, R. Palumbi, V. Scandurra // *Genes (Basel)*.- 2022.- Vol. 13, N. 10.- P. 1821.

53. Chaidez, V. Gastrointestinal problems in children with autism, developmental delays or typical development [Text] / V. Chaidez, R.L. Hansen, I. Hertz-Picciotto // *J. Autism. Dev. Disord.*- 2014.- Vol. 44, N. 5.- P. 1117-1127.
54. Chandrasekhar, T. Challenges in the diagnosis and treatment of depression in autism spectrum disorders across the lifespan [Text] / T. Chandrasekhar, L. Sikich // *Dialogues Clin. Neurosci.*- 2015.- Vol. 17, N. 2.- P. 219-227.
55. Chiang, H.L. Comorbid psychiatric conditions as mediators to predict later social adjustment in youths with autism spectrum disorder [Text] / H.L. Chiang, S.S. Gau // *J. Child Psychol. Psychiatry.*- 2016.- Vol. 57, N. 1.- P. 103-111.
56. Child Development Outcomes of DIR/Floortime TM-based Programs Child Development Outcomes of DIR/Floortime TM-based Programs: A Systematic Review [Text] / K. Boshoff, H. Bowen, H. Paton [et al.] // *Can. J. Occup. Ther.*- 2020.- Vol. 87, N. 2.- P. 153-164.
57. Children with Autism Spectrum Disorder Are Able to Maintain Dental Skills: A Two-Year Case Review of Desensitization Treatment [Text] / Q. Yost, T. Nelson, B. Sheller [et al.] // *Pediatr. Dent.*- 2019.- Vol. 41, N. 5.- P. 397-403.
58. Choueiri, R.N. New Assessments and Treatments in ASD [Text] / R.N. Choueiri, A.W. Zimmerman // *Curr. Treat. Options. Neurol.*- 2017.- Vol. 19, N. 2.- P. 6.
59. Clinical characteristics of children with autism spectrum disorder and co-occurring epilepsy [Text] / E.W. Viscidi, E.W. Triche, M.F. Pescosolido [et al.] // *PLoS One.*- 2013.- Vol. 8, N. 7.- P. e67797.
60. Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders: a Review of Recent Advances [Text] / K.N. Banneyer, L. Bonin, K. Price [et al.] // *Curr. Psychiatry. Rep.*- 2018.- Vol. 20, N. 8.- P.65.

61. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders [Text] / O.T. Leyfer, S.E. Folstein, S. Bacalman [et al.] // *J. Autism Dev. Disord.*- 2006.- Vol. 36, N. 7.- P. 849-861.
62. Co-occurring Psychiatric Disorders in Preschool and Elementary School-Aged Children with Autism Spectrum Disorder [Text] / F. Salazar, G. Baird, S. Chandler [et al.] // *J. Autism Dev. Disord.*- 2015.- Vol. 45, N. 8.- P. 2283-2294.
63. Depression in Youth with Autism Spectrum Disorder [Text] / F. Pezzimenti, G.T. Han, R.A. Vasa, K. Gotham // *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*- 2019.- Vol. 28, N. 3.- P. 397-409.
64. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) [Text] / American Psychiatric Association.- Washington, DC, USA, 2013.
65. Disparities in autism spectrum disorder diagnoses among 8-year-old children in Colorado: Who are we missing? [Text] / T.L. Hill, T.C. White, B.J. Anthony [et al.] // *Autism.*- 2021.- Vol. 25, N. 1.- P. 102-113.
66. Doshi-Velez F., Ge Y., Kohane I. Comorbidity clusters in autism spectrum disorders: an electronic health record time-series analysis [Text] / F. Doshi-Velez, Y. Ge, I. Kohane // *Pediatrics.*- 2014.- Vol. 133.- N. 1.- P. e54-e63.
67. Dovgan, K. Impact of multiple co-occurring emotional and behavioural conditions on children with autism and their families [Text] / K. Dovgan, M.O. Mazurek // *J. Appl. Res. Intellect. Disabil.*- 2019.- Vol. 32, N. 4.- P. 967-980.
68. Drug-refractory aggression, self-injurious behavior, and severe tantrums in autism spectrum disorders: a chart review study [Text] / B.A. Adler, L.K. Wink, M. Early [et al.] // *Autism.*- 2015.- Vol.19, N.1.- P.102-106.
69. Elbe, D. Review of the pharmacotherapy of irritability of autism [Text] / D. Elbe, Z. Lalani // *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.*- 2012.- Vol. 21, N. 2.- Vol. P. 130-146.

70. Evaluation, diagnosis, and treatment of gastrointestinal disorders in individuals with ASDs: a consensus report [Text] / T. Buie, D.B. Campbell, G.J. Fuchs 3rd [et al.] // *Pediatrics*.- 2010.- Vol. 125, N. Suppl 1.- P. S1-S18.
71. Everyday executive function impairments predict comorbid psychopathology in autism spectrum and attention deficit hyperactivity disorders [Text] / R.A. Lawson, A.A. Papadakis, C.I. Higginson [et al.] // *Neuropsychology*.- 2015.- Vol. 29, N. 3.- P. 445-453.
72. Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism: Third Generation Review [Text] / K. Hume, J.R. Steinbrenner, S.L. Odom [et al.] // *J. Autism Dev. Disord.*- 2021.- Vol. 51, N. 11.- P. 4013-4032.- (Erratum in: *J. Autism Dev. Disord.*- 2023.- Vol. 53, N. 1.- P. 514.).
73. Fakhruddin, K.S. Effectiveness of audiovisual distraction in behavior modification during dental caries assessment and sealant placement in children with autism spectrum disorder [Text] / K.S. Fakhruddin, H.Y. El Batawi // *Dent. Res. J. (Isfahan)*.- 2017.- Vol. 14, N. 3.- P. 177-182.
74. Family Impact During the Time Between Autism Screening and Definitive Diagnosis [Text] / E.J. Hickey, E. Feinberg, J. Kuhn [et al.] // *J. Autism Dev. Disord.*- 2022.- Vol. 52, N. 11.- P. 4908-4920.
75. Feasibility and effectiveness of very early intervention for infants at-risk for autism spectrum disorder: a systematic review [Text] / J. Bradshaw, A.M. Steiner, G. Gengoux, L.K. Koegel // *J. Autism. Dev. Disord.*- 2015.- Vol. 45, N. 3.- P. 778-794.
76. Flenik, T.M.N. Family Functioning and Emotional Aspects of Children with Autism Spectrum Disorder in Southern Brazil [Text] / T.M.N. Flenik, T.S. Bara, M.L. Cordeiro // *J. Autism. Dev. Disord.*- 2023.- Vol. 53, N. 6.- P. 2306-2313.
77. Frye, R.E. Traditional and non-traditional treatments for autism spectrum disorder with seizures: an on-line survey [Text] / R.E. Frye, S. Sreenivasula, J.B. Adams // *BMC Pediatr.*- 2011.- Vol. 11.- P. 37.

78. Gandhi, R.P. Autism spectrum disorders: an update on oral health management [Text] / R.P. Gandhi, U. Klein // J. Evid. Based. Dent. Pract.- 2014.- Vol. 14, N. Suppl.- P. 115-126.
79. Gastrointestinal disorders in children with autism spectrum disorder [Text] / A. Kostiukow, P. Poniewierski, P. Daroszewski, W. Samborski // Pol. Merkur. Lekarski.- 2020.- Vol. 48, N. 283.- P. 69-72.
80. Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: A review of the literature on ascertainment and prevalence [Text] / C. Holingue, C. Newill, L.C. Lee [et al.] // Autism Res.- 2018.- Vol. 11, N. 1.- P. 24-36.
81. Genovese, A. Autism Spectrum Disorder: a Review of Behavioral and Psychiatric Challenges Across the Lifespan [Text] / A. Genovese, K. Ellerbeck // SN Compr. Clin. Med.- 2022.- Vol. 4.- P. 217.
82. Genovese, A. The Autism Spectrum: Behavioral, Psychiatric and Genetic Associations [Text] / A. Genovese, M.G. Butler // Genes (Basel).- 2023.-14, N. 3.- P. 677.
83. Gotham, K. Depressive and anxiety symptom trajectories from school age through young adulthood in samples with autism spectrum disorder and developmental delay [Text] / K. Gotham, S.M. Brunwasser, C. Lord // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.- 2015.- Vol. 54, N. 5.- P. 369-376.e3.
84. Hartley, S.L. Prevalence and risk factors of maladaptive behaviour in young children with Autistic Disorder [Text] / S.L. Hartley, D.M. Sikora, R. McCoy // J. Intellect. Disabil. Res.- 2008.- Vol. 52, N. 10.- P. 819-829.
85. Hirota, T. Autism Spectrum Disorder: A Review [Text] / T. Hirota, B.H. King // JAMA.- 2023.- Vol. 329, N. 2.- P. 157-168.
86. Houghton, R. Psychiatric Comorbidities and Psychotropic Medication Use in Autism: A Matched Cohort Study with ADHD and General Population Comparator Groups in the United Kingdom [Text] / R. Houghton, C. Liu, F. Bolognani // Autism Res.- 2018.- Vol. 11, N. 12.- P. 1690-1700.

87. How do Parents Manage Irritability, Challenging Behaviour, Non-Compliance and Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorders? A Meta-Synthesis [Text] / E. O'Nions, F. Happé, K. Evers [et al.] // *J. Autism Dev. Disord.*- 2018.- Vol. 48, N. 4.- P. 1272-1286.
88. Hyman, S.L. Identification, Evaluation, and Management of Children With Autism Spectrum Disorder [Text] / S.L. Hyman, S.E. Levy, S.M. Myers // *Pediatrics.*- 2020.- Vol. 145, N. 1.- P. e20193447.
89. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Electronic resource].- URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (дата обращения 06.10.2023).
90. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy [Text] / R.S. Fisher, C. Acevedo, A. Arzimanoglou [et al.] // *Epilepsia.*- 2014.- Vol. 55, N. 4.- P. 475-482.
91. Improving the mental and brain health of children and adolescents [Electronic resource].- URL: <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents> (дата обращения 06.10.2023).
92. Influence of sleep disorders on the behavior of individuals with autism spectrum disorder [Text] / C.C. Fadini, D.A. Lamônica, A.C. Fett-Conte [et al.] // *Front. Hum. Neurosci.*- 2015.- Vol. 9.- P. 347.
93. Is Visual Pedagogy Effective in Improving Cooperation Towards Oral Hygiene and Dental Care in Children with Autism Spectrum Disorder? A Systematic Review and Meta-Analysis [Text] / A. Balian, S. Cirio, C. Salerno [et al.] // *Int. J. Environ. Res. Public. Health.*- 2021.- Vol. 18, N. 2.- P.789.
94. Jensen, C.M. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study [Text] / C.M. Jensen, H.C. Steinhausen // *Atten. Defic. Hyperact. Disord.*- 2015.- Vol. 7, N. 1.- P. 27-38.

95. Joseph, L. Autism Spectrum Disorder [Text] / L. Joseph, A. Thurm, L. Soorya.- Boston, Mass: Hogrefe, 2015.- 99p.
96. Kinnell, H.G. Pica as a feature of autism [Text] / H.G. Kinnell // Br. J. Psychiatry.- 1985.- Vol. 147.- P. 80-82.
97. Klinger, L.G. Predictors and Moderators of Treatment Efficacy in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder [Text] / L.G. Klinger, M.L. Cook, K.M. Dudley // J. Clin. Child Adolesc. Psychol.- 2021.- Vol. 50, N. 4.- P. 517-524.
98. Lai, M.-C. Autism [Text] / M.-C. Lai, M.V. Lombardo, S. Baron-Cohen // Lancet.- 2014.- Vol. 383, N. 9920.- P. 896-910.
99. Lamy, M. Pharmacological management of behavioral disturbances in children and adolescents with autism spectrum disorders [Text] / M. Lamy, C.A. Erickson // Curr. Probl. Pediatr. Adolesc. Health Care.- 2018.- Vol. 48, N. 10.- P. 250-264.
100. Language and Speech Characteristics in Autism [Text] / I. Vogindroukas, M. Stankova, E.N. Chelas, A. Proedrou // Neuropsychiatr. Dis. Treat.- 2022.- Vol. 18.- P. 2367-2377.
101. Leader, G. Gastrointestinal Disorders [Text] / G. Leader, A. Mannion // Matson, J.L. Comorbid conditions among children with autism spectrum disorders / J.L. Matson.- Cham, Switzerland: Springer, 2016.- P. 257-281.
102. Loussouarn, A. Autistic spectrum disorder and epilepsy: diagnostic challenges [Text] / A. Loussouarn, B. Dozières-Puyravel, S. Auvin // Expert Rev. Neurother.- 2019.- Vol. 19, N. 6.- P. 579-585.
103. Madra, M. Gastrointestinal Issues and Autism Spectrum Disorder [Text] / M. Madra, R. Ringel, K.G. Margolis // Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.- 2020.- Vol. 29, N. 3.- P. 501-513.
104. Management of symptoms in children with autism spectrum disorders: a comprehensive review of pharmacologic and complementary-alternative medicine treatments [Text] / L.C. Huffman, T.L. Sutcliffe, I.S.

- Tanner, H.M. Feldman // *J. Dev. Behav. Pediatr.*- 2011.- Vol. 32, N. 1.- P. 56-68.
105. Mannion, A. An analysis of the predictors of comorbid psychopathology, gastrointestinal symptoms and epilepsy in children and adolescents with autism spectrum disorder [Text] / A. Mannion, G. Leader // *Res. Autism Spectr. Disord.*- 2013.- Vol. 7, N. 12.- P. 1663–1671.
106. Mannion, A. Attention-deficit/hyperactivity disorder (AD/HD) in autism spectrum disorder [Text] / A. Mannion, G. Leader // *Res. Autism Spectr. Disord.*- 2014.- Vol. 8, N. 4.- P. 432–439.
107. Mannion, A. Sleep Problems in Autism Spectrum Disorder: A Literature Review [Text] / A. Mannion, G. Leader // *Rev. J. Autism. Dev. Disord.*- 2014.- Vol. 1.- P. 101–109.
108. Mazurek, M.O. Sleep and Behavioral Problems in Children with Autism Spectrum Disorder [Text] / M.O. Mazurek, K. Sohl // *J. Autism Dev. Disord.*- 2016.- Vol. 46, N. 6.- P. 1906-1915.
109. Medical comorbidities in children and adolescents with autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorders: a systematic review [Text] / J.B. Muskens, F.P. Velders, W.G. Staal // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.*- 2017.- Vol. 26, N. 9.- P. 1093-1103.
110. Medical Therapies for Children With Autism Spectrum Disorder—An Update [Text] / E. Williamson, N.A. Sathe, J.C. Andrews [et al.]- Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2017.- Report N.: 17.
111. Myers, S.M. Management of children with autism spectrum disorders [Text] / S.M. Myers, C.P. Johnson // *Pediatrics.*- 2007.- Vol. 120, N. 5.- P. 1162-1182.
112. Nash, K. Treatment options for the management of pervasive developmental disorders [Text] / K. Nash, K.J. Carter // *Int. J. Psychiatry Med.*- 2016.- Vol. 51, N. 2.- P. 201-210.

113. Neurological disorders in autism: A systematic review and meta-analysis [Text] / P.Y. Pan, S. Bölte, P. Kaur [et al.] // *Autism*.- 2021.- Vol. 25, N. 3.- P. 812-830.
114. Otitis Media and Related Complications Among Children with Autism Spectrum Disorders [Text] / D.J. Adams, A. Susi, C.R. Erdie-Lalena [et al.] // *J. Autism. Dev. Disord.*- 2016.- Vol.46, N.5.- P. 1636-1642.
115. Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning [Text] / D.G. Sukhodolsky, L. Scahill, K.D. Gadow [et al.] // *J. Abnorm. Child Psychol.*- 2008.- Vol. 36, N. 1.- P. 117-128.
116. Parent-reported and clinician-observed autism spectrum disorder (ASD) symptoms in children with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): implications for practice under DSM-5 [Text] / R. Grzadzinski, C. Dick, C. Lord, S. Bishop // *Mol. Autism*.- 2016.- Vol. 7.- P. 7.
117. Pharmacologic Treatment of Severe Irritability and Problem Behaviors in Autism: A Systematic Review and Meta-analysis [Text] / L.K. Fung, R. Mahajan, A. Nozzolillo [et al.] // *Pediatrics*.- 2016.- Vol. 137, N. Suppl 2.- P. S124-S135.
118. Placebo response in pharmacological and dietary supplement trials of autism spectrum disorder (ASD): systematic review and meta-regression analysis [Text] / S. Sifakis, O. Çıray, J. Schneider-Thoma [et al.] // *Mol. Autism*.- 2020.- Vol. 11, N. 1.- P. 66.
119. Predictors of longitudinal ABA treatment outcomes for children with autism: A growth curve analysis [Text] / M. Tiura, J. Kim, D. Detmers, H. Baldi // *Res. Dev. Disabil.*- 2017.- Vol. 70.- P. 185-197.
120. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 Years - Early Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, Seven Sites, United States, 2010, 2012, and 2014

- [Text] / D.L. Christensen, M.J. Maenner, D. Bilder [et al.] // MMWR Surveill. Summ.- 2019.- Vol. 68, N. 2.- P. 1-19.
121. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018 [Text] / M.J. Maenner, K.A. Shaw, A.V. Bakian [et al.] // MMWR Surveill Summ.- 2021.- Vol. 70, N. 11.- P. 1-16.
 122. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020 [Text] / M.J. Maenner, Z. Warren, A.R. Williams [et al.] // MMWR Surveill. Summ.- 2023.- Vol. 72, N. 2.- P. 1-14.
 123. Prevalence and Risk Factors of Anxiety in a Clinical Dutch Sample of Children with an Autism Spectrum Disorder [Text] / L.A.M.W. Wijnhoven, D.H.M. Creemers, A.A. Vermulst, I. Granic // Front. Psychiatry.- 2018.- Vol. 9.- P. 50.
 124. Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-morbidities in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review [Text] / C. Bougeard, Picarel- F. Blanchot, R. Schmid [et al.] // Front. Psychiatry.- 2021.- Vol. 12.- P. 744709.
 125. Prevalence of autism spectrum disorders--autism and developmental disabilities monitoring network, six sites, United States, 2000 [Text] // MMWR Surveill. Summ.- 2007.- Vol. 56, N. 1.- P. 1-11.
 126. Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses [Text] / M.M. Hossain, N. Khan, A. Sultana [et al.] // Psychiatry Res.- 2020.- Vol. 287.- P. 112922.
 127. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis [Text] / M.-C. Lai, C.

- Kassee, R. Besney [et al.] // *Lancet. Psychiatry.*- 2019.- Vol. 6, N. 10.- P. 819-829.
128. Problem Behavior in Autism Spectrum Disorder: Considering Core Symptom Severity and Accompanying Sleep Disturbance [Text] / E. Lindor, C. Sivaratnam, T. May [et al.] // *Front. Psychiatry.*- 2019.- Vol. 10.- P. 487.
129. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample [Text] / E. Simonoff, A. Pickles, T. Charman [et al.] // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.*- 2008.- Vol. 47, N. 8.- P. 921-929.
130. Psychological Comorbidities in Autism Spectrum Disorder [Text] / E. Shaltout, N. Al-Dewik, M. Samara [et al.] // *Adv. Neurobiol.*- 2020.- Vol. 24.- P. 163-191.
131. Reichow, B. Social skills interventions for individuals with autism: evaluation for evidence-based practices within a best evidence synthesis framework [Text] / B. Reichow, F.R. Volkmar // *J. Autism Dev. Disord.*- 2010.- Vol. 40, N. 2.- P. 149-166.
132. Ruggieri, V. Autism. Pharmacological treatment [Text] / V. Ruggieri // *Medicina (B Aires).*- 2023.- Vol. 83, N. Suppl 4.- P. 46-51.
133. Scahill, L. Diagnosis and evaluation of pervasive developmental disorders [Text] / L. Scahill // *J. Clin. Psychiatry.*- 2005.- Vol. 66, N. Suppl 10.- P. 19-25.
134. Shafiq, S. Using antipsychotics for behavioral problems in children [Text] / S. Shafiq, T. Pringsheim // *Expert Opin. Pharmacother.*- 2018.- Vol. 19, N. 13.- P. 1475-1488.
135. Sharma, A. Efficacy of risperidone in managing maladaptive behaviors for children with autistic spectrum disorder: a meta-analysis [Text] / A. Sharma, S.R. Shaw // *J. Pediatr. Health Care.*- 2012.- Vol. 26, N. 4.- P. 291-299.

136. Singhi, P. Early Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: What the Pediatricians Should Know [Text] / P. Singhi, P. Malhi // Indian J. Pediatr.- 2023.- Vol. 90, N. 4.- P. 364-368.
137. Sleep Difficulties and Medications in Children With Autism Spectrum Disorders: A Registry Study [Text] / B.A. Malow, T. Katz, A.M. Reynolds [et al.] // Pediatrics.- 2016.- Vol. 137, N. Suppl 2.- P. S98-S104.
138. Sleep is associated with problem behaviors in children and adolescents with Autism Spectrum Disorders [Text] / S.E. Goldman, S. McGrew, K.P. Johnson [et al.] // Res. Autism Spectr. Disorders.- 2011.- Vol. 5, N. 3.- P. 1223-1229.
139. Sleep problems are more frequent and associated with problematic behaviors in preschoolers with autism spectrum disorder [Text] / I. Hirata, I. Mohri, K. Kato-Nishimura [et al.] // Res. Dev. Disabil.- 2016.- Vol. 49-50.- P. 86-99.
140. Stevens, T. The comorbidity of ADHD in children diagnosed with autism spectrum disorder [Text] / T. Stevens, L. Peng, L. Barnard-Brak // Res. Autism Spectr. Disord.- 2016.- Vol. 31.- P. 11–18.
141. Stigler, K.A. Psychopharmacologic management of serious behavioral disturbance in ASD [Text] / K.A. Stigler // Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.- 2014.- Vol. 23, N. 1.- P. 73-82.
142. Systematic Review and Meta-analysis of Parent Group Interventions for Primary School Children Aged 4-12 Years with Externalizing and/or Internalizing Problems [Text] / S. Buchanan-Pascall, K.M. Gray, M. Gordon, G.A. Melvin // Child Psychiatry Hum. Dev.- 2018.- Vol. 49, N. 2.- P. 244-267.
143. Telehealth and Autism: Treating Challenging Behavior at Lower Cost [Text] / S. Lindgren, D. Wacker, A. Suess [et al.] // Pediatrics.- 2016.- Vol. 137, N. Suppl 2(Suppl 2).- P. S167-S175.

144. The association between self-injurious behaviors and autism spectrum disorders [Text] / N.F. Minshawi, S. Hurwitz, J.C. Fodstad [et al.] // Psychol. Res. Behav. Manag.-. 2014.- Vol. 7.- P. 125-136.
145. The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders [Text] / K. Lyall, L. Croen, J. Daniels [et al.] // Annu. Rev. Public. Health.- 2017.- Vol. 38.- P. 81-102.
146. The Diagnostic Period for Autism: Risk and Protective Factors for Family Quality of Life in Early Childhood [Text] / M. Rivard, D. Morin, P. Coulombe [et al.] // J. Autism Dev. Disord.- 2023.- Vol. 53, N. 10.- P. 3755-3769.
147. The Home Situations Questionnaire-PDD version: factor structure and psychometric properties [Text] / M. Chowdhury, M.G. Aman, L. Scahill [et al.] // J. Intellect. Disabil. Res.- 2010.- Vol. 54, N. 3.- P. 281-291.
148. The Relationship Among Gastrointestinal Symptoms, Problem Behaviors, and Internalizing Symptoms in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder [Text] / B.J. Ferguson, K. Dovgan, N. Takahashi, D.Q. Beversdorf // Front. Psychiatry.- 2019.- Vol. 10.- P. 194.
149. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder [Text] / S.V. Faraone, T. Banaschewski, D. Coghill [et al.] // Neurosci. Biobehav. Rev.- 2021.- Vol. 128.- P. 789-818.
150. Toileting Problems in Children and Adolescents with Parent-Reported Diagnoses of Autism Spectrum Disorder [Text] / G. Leader, K. Francis, A. Mannion, J. Chen // J. Dev. Phys. Disabil.- 2018.- Vol. 30.- P. 307–327.
151. Tromans, S. Brief Report: Autism Spectrum Disorder: A Comprehensive Survey of Randomized Controlled Trials [Text] / S. Tromans, C. Adams // J. Autism Dev. Disord.- 2018.- Vol. 48, N. 9.- P. 3228-3232.

152. Tuchman, R. Epilepsy in autism [Text] / R. Tuchman, I. Rapin // Lancet. Neurol.- 2002.- Vol. 1, N. 6.- P. 352-358.
153. Use of psychotropic drugs in patients with autism spectrum disorders: a systematic review [Text] / K. Jobski, J. Höfer, F. Hoffmann, C. Bachmann // Acta Psychiatr. Scand.- 2017.- Vol. 135, N. 1.- P. 8-28.
154. Use of Visual Supports with Young Children with Autism Spectrum Disorders [Text] / K. Hume, C. Wong, J. Plavnick, T. Schultz // Handbook of early Intervention for Autism Spectrum Disorders / J. Tarbox, D. Dixon, P. Sturmey, J. Matson.- Springer, 2014.- P. 293-313.
155. Using modified visual-inspection criteria to interpret functional analysis outcomes [Text] / H.S. Roane, W.W. Fisher, M.E. Kelley [et al.] // J. Appl. Behav. Anal.- 2013.- Vol. 46, N. 1.- P. 130-146.
156. Using qualitative methods to guide scale development for anxiety in youth with autism spectrum disorder [Text] / K. Bearss, C.A. Taylor, M.G. Aman [et al.] // Autism.- 2016.- Vol. 20, N. 6.- P. 663-672.
157. Variables Associated with Anxiety and Depression in Children with Autism [Text] / S.D. Mayes, S.L. Calhoun, M.J. Murray, J. Zahid // J. Dev. Phys. Disabil.- 2011.- Vol. 23.- P. 325–337.
158. Venter, A. A follow-up study of high-functioning autistic children [Text] / A. Venter, C. Lord, E. Schopler // J. Child Psychol. Psychiatry.- 1992.- Vol. 33, N. 3.- P. 489-507.
159. What is autism? [Electronic resource].- URL: <https://www.autistica.org.uk/what-is-autism/signs-and-symptoms/epilepsy-and-autism> (дата обращения 09.10.2023).
160. Where is the Evidence? A Narrative Literature Review of the Treatment Modalities for Autism Spectrum Disorders [Text] / S. Medavarapu, L.L. Marella, A. Sangem, R. Kairam // Cureus.- 2019.- Vol. 11, N. 1.- e3901.

161. Whitney, D.G. National Prevalence of Pain Among Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorders [Text] / D.G. Whitney, D.N. Shapiro // JAMA Pediatr.- 2019.- Vol. 173, N. 12.- P. 1203-1205.- (Erratum in: JAMA Pediatr.- 2020.- Vol. 174, N. 2.- P. 217.).
162. Zablotsky, B. The Co-Occurrence of Autism Spectrum Disorder in Children With ADHD [Text] / B. Zablotsky, M.D. Bramlett, S.J. Blumberg // J. Atten. Disord.- 2020.- Vol. 24, N. 1.- P. 94-103.
163. Zaloski, B.A. Comorbid autism spectrum disorder and anxiety disorders: a brief review [Text] / B.A. Zaloski, E.A. Storch // Future Neurol.- 2018.- Vol. 13, N. 1.- P. 31-37.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

Клинический пример, 1

Мальчик, 4 года 11мес.

Жалобы при поступлении: отсутствие речи, возбудимость на запрет или любой неуспех в деятельности, гиперактивный, игровой деятельности нет, с детьми не играет.

Детский сад не посещает с 2020года. У психиатра не наблюдается, но регулярно наблюдается неврологом. ПМПК пройдена в 2020г, рекомендовано обучение и воспитание по адаптированной программе с нарушением интеллекта. Инвалидности нет. Дома выполняет элементарные бытовые просьбы, помогает матери помыть посуду, так как любит любую деятельность, связанную с водой. Любит прыгать на фитболе, на батуте и на самокате. Проявляет повышенный интерес к мячам, коллекционирует их в разных вариантах. Мячи сортирует по цвету, форме, размеру. Одно время требовал мать покупать только красные мячи. Перед тем как взять игрушки, предметы сначала их обнюхивает и облизывает. На детских площадках с детьми не играет, сюжетных игр нет, предпочитает активные и подвижные игры. Со слов матери, может проводить время только с одной девочкой, живущей по соседству (с выставленным диагнозом аутизма). Навыки самообслуживания у ребенка частично сформированы, требуется помощь во время гигиенических процедур, при раздевании и одевании, во время кормления. Если ребенку что-либо нужно, то мать использует как инструмент для достижения цели – кладет свою руку на ее руку и совершает нужные манипуляции.

Психопатологическая наследственность отрицается. Семья полная, воспитывают 1 ребенка. Матери: 31 год, образование высшее, не работает, хронические соматические заболевания отрицаются. Характеризует себя как беспокойную, тревожную. Отцу: 32 года, образование высшее, работает в

ООО «Пожарное дело» командиром отделения. Мать характеризует его, как человека спокойного, любящего проводить время в одиночестве. Отец много времени проводит на работе, в связи с чем с ребенком свободное время не проводит.

Анамнез жизни и заболевания: Ребенок от 1 беременности, 1 родов путем ОКС, в сроке 39 недель. Выход мекония в околоплодные воды с изменением ЧСС плода на фоне 2-х кратного тугого обвития пуповины вокруг шеи. Гестационный сахарный диабет. Ожирение I степени. Миома матки. Состояние ребенка при рождении удовлетворительное. Родился массой тела 3180 г. По шкале Апгар 7/8б. Выписан с Дз: ЦИ I степени, синдром возбудимости ЦНС, улучшение в динамике. До 3 мес находился на грудном вскармливании, затем до года на смешанном вскармливании, прикорм введен по возрасту. Моторное развитие: сидит с 6 мес., ползал с 7,5 мес., ходит с 10,5 мес. Психо-речевое развитие: со слов матери, до года гуление и лепет были активные, к году звукоподражания и несколько слогаподобных слов, 2 фразы, которыми пользовался по желанию, улыбался при виде матери, интересовался погремушками. После 1,5 лет постепенно исчезли слова из активной речи, стал хуже откликаться на имя, перестал устанавливать зрительный контакт, начал стереотипно встряхивать руками, подолгу включал и выключал выключатели, открывал и закрывал двери, вытаскивал все вещи из шкафа и раскладывал в своем порядке, отсутствовало чувство опасности- выбегал на проезжую часть дороги, убегал далеко от матери. Мать данные проявления связывала с постановкой вакцины АКДС. С 2 лет начал все предметы облизывать и обнюхивать, что сохраняется до настоящего времени. С 2,5 лет до 3,5 лет ходили на прогулку одним маршрутом, иногда это проявляется и в настоящее время. С 4 лет в возбужденном состоянии щипает мать. О помощи ребенок не просит. Жестами не пользуется. Впервые обратились к неврологу с жалобами на задержку речи в 3 года, был выставлен Дз: задержка психо-речевого

развития. Сенсо-моторная алалия. В мае 2021г прошли 2ч ЭЭГ-ВМ: патологии не выявлено. Последний курс лечения в мае 2021г: фенибут и магний В6, со слов матери эффект от лечения незначительный.

Соматический анамнез: Сопутствующих соматических заболеваний не выявлено, у педиатра наблюдается по необходимости, в плановом порядке. Травм, операций и судорог не было. На прием ноотропов – возбудимость.

Психический статус (на момент приема): В сознании. Контакт с ребенком формальный. На свое имя реагирует слабо. О себе не дает никаких сведений. Части лица по слову не показывает. Гиперактивный, на одном месте с трудом удерживается, мальчик находится в постоянном движении. Зрительный контакт скользкий, кратковременный. Фон настроения на момент обследования неустойчивый. Выражение лица встревоженное. Эмоционально маловыразителен. Обращенную речь понимает ограниченно, на элементарном бытовом уровне, с жестовым подкреплением. В самостоятельной речи малопонятные звуки, крик при проявлении недовольства. Фраза не сформирована. Пассивный словарь слабого наполнения. Жестами не пользуется. Перед выполнением заданий, пособия и предметы обнюхивает, облизывает. Упрощенную речевую инструкцию не понимает, задание нужно подкреплять предварительным показом. Но повторить задание вслед у ребенка не всегда получается, при незначительной неудаче – кричит, бросает задание и становится раздражительным. Новые и незнакомые задания отодвигает. Большой интерес проявляет к конструктивным заданиям – пирамидку собирает без учета величины колец, сортеры и доску Сегена методом примеривания. Матрешкой манипулирует. Стаканчики разобрал, смысл задания не понял. Большой и маленький не выделяет. Из игрушек интерес проявил к маленькому мячику, мял его в руках, облизывал, обнюхивал. Основные цвета и фигуры не знает. Счет не сформирован, выделять не умеет. Классификацию путем подкладывания не собирает. Обобщение и исключение недоступно. При выполнении

конструктивных заданий помощь со стороны взрослого не принимает. Познавательный интерес отсутствует. Запас знаний и умений значительно ниже возрастной нормы. Внимание поверхностное, избирательное. Память непроизвольная. Мышление наглядно-действенное, малопродуктивное. Интеллект снижен. Острой психопродуктивной симптоматики не выявлено. Навыки самообслуживания и опрятности частично сформированы (требуется помощь при выполнении гигиенических процедур, осуществлении физиологических потребностей, во время кормления).

Заключение психолога: Умеренное снижение интеллекта, эмоционально-волевые нарушения, аутистическое поведение.

Результаты психологического тестирования:

По шкале CARS выявлена тяжелая степень аутистических расстройств.

Шкала тревожности (SCAS): общий балл тревожности -12, субшкалы: генерализованная тревожность – 0, социальная тревожность – 0, ОКР – 3, сепарационная тревога – 2, страх физического наказания – 2. Полученные результаты свидетельствуют, что уровень тревоги в пределах нормального уровня.

Опросник Гудмана, по субшкалам: эмоциональные нарушения – 2 (нормальное значение), проблема с поведением – 1 (нормальное значение), гиперактивность – 8 (отклоняющийся уровень), просоциальное поведение – 2 (отклоняющийся уровень). По дополнительному анкетированию: трудности в поведении более года, трудности обременяют семью «только немного», трудности мешают ребенку в домашней жизни «только немного», в дружеских отношениях «довольно сильно», обучение «довольно сильно», свободное время «только немного».

Методика определения агрессивности (А. Романова): общий балл – 15, соответствует 1 уровню агрессивности (у ребенка нет опасности закрепления ситуативно-личностных реакций агрессии как патохарактерологических; ребенок самостоятельно овладевает собственной агрессивностью).

Опросник эмоциональных отношений в семье Е.И. Захаровой (методика ОДРЭВ):

В блоках чувствительности, блоки эмоционального принятия и блоке поведенческих проявлений все показатели в пределах нормы.

Заключение логопеда: Системное недоразвитие речи выраженной степени.

Провести функциональные методы обследования не удалось из-за выраженного протестного поведения.

Динамика в отделении: На протяжении госпитализации ребенок в отделении первые 10 дней был возбудимый, бросал игрушки в детей, плакал, кричал. В игровой с детьми не играл, себя ничем не занимал. На утренней зарядке упражнения не выполнял, на просьбы реагировал протестным поведением. Психологом и логопедом обследовался в несколько этапов. С трудом привлекался к занятиям (не выработано учебное поведение), новые задания вызывали возбудимость и протест. В игровой с детьми не взаимодействовал, периодически стереотипно бегал по кругу, встряхивал руками. На свое имя реагировал слабо. На фоне приема рисперидона постепенно стал выравниваться в поведении, стал удерживаться на занятиях и выполнять задания (было введено визуальное расписание, педагогами применялись визуальные подсказки, поощрения), стал заниматься в подгруппах из 2-3 человек. В ситуации взаимодействия стал спокойней, стал наблюдать за игрой детей со стороны. Уменьшились проявления возбудимости и раздражительности. Выписан с положительной динамикой. Срок всей госпитализации 30 дней.

Диагноз: Детский аутизм F 84.0 Задержка речевого и интеллектуального развития F 80.82

Анализ случая: Выяснен анамнез жизни и заболевания, соматический анамнез спокоен, фармакоанамнез (на ноотропные препараты – возбудимость), функциональные методы обследования провести в отделении

не удалось из-за протестных реакций ребенка. Но ранее был проведен ЭЭГ-ВМ: патологии не выявлено. По шкале CARS выявлено, что у мальчика тяжелые проявления аутистических расстройств, по опроснику Гудмана гиперактивность и просоциальное поведение на отклоняющемся уровне. В результате функционального анализа поведения выявлено, что любой неуспех у ребенка приводил к возбудимости и щипанию рядом находившегося человека. С матерью проводилось психообразование о расстройстве аутистического спектра, проводилась психотерапия и предлагалась стратегия поведения, когда ребенок щипал мать. Проводилось медикаментозное лечение.

Клинический пример, 2.

Девочка, 4 года 3 мес.

Жалобы: В речи нарушение произношения, малый словарный запас, частые стереотипии, отказывается ходить на горшок, во время эмоциональных проявлений вся трясется.

Психопатологическая наследственность отрицается. Семья полная, 1 ребенок. Матери 28 лет, не работает. Отцу 29 лет, образование средне-специальное, работает осмоторщиком вагонов на железной дороге.

Девочка от 1 беременности, протекавшей без особенностей. От 1 родов. Родилась в удовлетворительном состоянии. Массой тела 3500г. По шкале Апгар 9/9 б. Выписана с Дз: Практически здорова. По НСГ в 1 мес: УЗ-признаки умеренного отека перивентрикулярных тканей. С рождения находилась на грудном вскармливании. Моторное развитие по возрасту, без задержек. В июле 2019г проведена операция по удалению комбинированной гемангиомы на волосистой части головы. Психо-речевое развитие: гуление и лепет до года минимальные. С 1 г 8 мес мать заметила особенности в развитии у ребенка: стала капризная, речь не развивалась, перестала смотреть в глаза, в поведении стала гиперактивной, неуправляемой, в магазине падала

на пол, не слушалась, стереотипно рассматривала предметы («подносило близко к глазам, сжимала предмет и трясла его»). С данными жалобами обратились к неврологу по поводу отсутствия речи. Принимали ноотропы. В мае 2022г стационарное лечение в неврологическое отделение ДГБ№3, выписана с Дз: Неуточненная энцефалопатия. Задержка речевого и интеллектуального развития. Эмоционально-волевые нарушения (аутистикоподобные). Проведен ЭЭГ-ВМ (2ч): без патологии. Стадии сна сформированы. МРТ ГМ от 24.05.22: структурных изменений не выявлено. Осмотрена офтальмологом 25.05.22: двусторонний отек диска зрительного нерва. Получала лечение: кортексином, пикамилоном, когитумом. Мать отметила, что появилась речь. В январе 2023г семья переехала в новую квартиру, после чего в течение 3 мес. отмечались выраженные нарушения сна, плаксивость. Нарушения купировались самостоятельно. Последний курс лечения в феврале 2023г: кортексин, пикамилон. На уличных площадках находится среди детей, но с ними не взаимодействует, инициативы в играх не проявляет. Дома играет с собакой в активные игры. Детский сад не посещает, занимается индивидуально с психологом, дефектологом, нейропсихологом. ПМПК пройдена в 2022г, рекомендована программа с Задержкой психоречевого развития. От оформления инвалидности ребенку родители отказались.

Соматический анамнез: Частые ОРВИ. В 3 года перенесла пневмонию, бронхит, ларингит. В 4 года аденотомия, частичная тонзилэктомия. Общий наркоз 5 раз. Травм не было. Аллергических реакций не отмечалось. На ноотропы – возбудимость.

Психический статус (на момент поступления): В сознании. Внешне опрятна. Контакт с девочкой формальный. Зрительный контакт скользящий. О себе сведений не дает. Части лица показала только после нескольких попыток (по просьбе матери). На свое имя реагирует слабо. Фон настроения ближе к ровному. Эмоционально маловыразительна. Обращенную речь

понимает ограниченно, на элементарном бытовом уровне, с жестовым подкреплением. Указательного жеста нет. Речь представлена спонтанными звукокомплексами, редуцированными словами, остроценными эхоталиями. Фразовой речи нет. В поведении спокойная. В игре прослеживается стереотипность (при положительных эмоциях – сжимает предметы, подносит близко к глазам, трясет их). В деятельности целенаправленна, когда задание знакомо. На вербальные инструкции реагирует по желанию, задания выполняет выборочно, но чаще их игнорирует. Интересы избирательные, подолгу фиксируется на том, что понравилось, с трудом переключается. Из предложенных заданий – пирамидку отодвинула. Проявила интерес к книжкам – страницы листала вперед – назад, карточки разложила в ряды, пазлы разбрасывала и заново собирала в коробку. По картинкам озвучила собаку, при показе на других животных, сразу же карточки отодвинула. Фигуры и цвета не показала. Внимание зависит от интереса к заданию. Память ослаблена. Мышление наглядно-действенное, с элементами образного. Интеллект снижен. Навыки опрятности в стадии формирования. Навыки самообслуживания требуют помощи взрослого (во время гигиенических процедур, не умеет сама одеваться и раздеваться).

В динамике: При поступлении в отделение тревожная. Первые дни отказывалась заходить в игровую, сидела на стуле в коридоре, с детьми не контактировала, игрушками не интересовалась. Затем стала заходить в игровую, когда там было мало детей. Периодически резко могла заплакать, начать кричать, становилась агрессивной, переворачивала детские стулья, однократный эпизод - перевернула стол детский. В столовой отказывалась от еды, ела только хлеб. В туалете кричала, боялась сесть на горшок, убегала. На занятиях малопродуктивна, первые несколько занятий выполняла только те задания, которые были знакомы. Затем на фоне приема гидроксизина 1/2 таблетки утром стала спокойней, стала лучше взаимодействовать, заходить в игровую, в туалет, присаживаться на горшок.

Заключение логопеда: Системное недоразвитие речи средней степени. Нарушение коммуникативной функции речи умеренной степени. Дизартрия умеренной степени.

Заключение психолога: Умеренное снижение интеллекта с нарушениями эмоционально-волевой сферы.

По шкале CARS – 50,5 б., что соответствует тяжелым проявлениям аутизма.

Опросник эмоциональных отношений в семье Е. И. Захаровой: Блок чувствительности: способность воспринимать состояние ребенка – дефицит, понимание причин поведения – дефицит, способность к сопереживанию – норма. Блок эмоционального принятия: соответствует нормальным показателям. Блок поведенческих проявлений: стремление к телесному контакту – норма, оказание эмоциональной поддержки – норма, ориентация на состояние ребенка – норма, умение воздействовать на состояние ребенка – дефицит.

Методика по выявлению агрессивности (А. А. Романова) – 1 балл, что соответствует 1 уровню, нет опасности закрепления агрессивных реакций.

Опросник тревожности (SCAS): общий балл – 9 (норма), субшкалы: генерализованная тревога – 2 (норма), социальная тревожность – 2 (норма), ОКР – 1 (норма), сепарационная тревога – 1 (норма), страх физического наказания – 3 (норма).

Опросник Гудмана: субшкалы: эмоциональные нарушения – 0 (нормальное значение), гиперактивность – 6 (пограничный уровень), нарушение поведения – 1 (нормальное значение), просоциальное поведение – 7 (нормальное значение).

Функциональные обследования:

ЭЭГ: Умеренно-выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности и дизритмического характера. Пароксизмальная и очаговая активность не зарегистрированы.

УЗИ щитовидной железы: без структурных изменений.

УЗИ абдоминальное: УЗ-признаки гепатомегалии. Рекомендована консультация гастроэнтеролога.

Диагноз: Детский аутизм F 84.0 Задержка речевого и интеллектуального развития F 80.82

Диагноз сопутствующий: Функциональный запор. Признаки гепатомегалии.

Анализ случая: Выяснен анамнез жизни и заболевания, соматический анамнез – частые ОРВИ, фармакоанамнез (на ноотропные препараты – возбудимость), функциональные методы обследования – по УЗИ признаки гепатомегалии, после консультации гастроэнтеролога – функциональный запор, признаки гепатомегалии. ЭЭГ-ВМ(2022г): патологии не выявлено. МРТ ГМ (2022г): без патологии. Психометрическое исследование: По шкале CARS выявлено, что у девочки тяжелые проявления аутистических расстройств, по опроснику Гудмана гиперактивность на пограничном уровне. В результате соматической патологии у девочки сформировалась страх горшка (боль при дефекации). С матерью проводилось психообразование о расстройстве аутистического спектра, проводилась психотерапия и проводилось обучение туалетного тренинга для ребенка. Проводилось медикаментозное лечение.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Стандартизированная карта обследования
СТАНДАРТИЗИРОВАННАЯ КАРТА ОБСЛЕДОВАНИЯ № _____

Дата заполнения « ____ » _____ 20 ____ г.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. История болезни № _____
2. Дата поступления _____
3. Дата выписки _____
4. Ф.И.О. пациента _____
5. Диагноз при поступлении (код МКБ-10) _____
 1. F84.0
 2. F84.01
 3. F84.02
 4. F84.1
 5. F84.11
 6. F84.12
 7. F84.2
 8. F84.3
 9. F84.4
 10. F84.5
 11. F07.00
 12. F07.08
 13. F70.09
 14. F70.19
 15. F70.88
 16. F71
 17. F71.09
 18. F71.19
 19. F72
 20. F80.1
 21. F80.2
 22. F80.82
 23. F90.0
 24. F 20.863
6. Сопутствующий Диагноз при поступлении:
 1. F07.00
 2. F07.08
 3. F70.09

4. F70.19
5. F70.88
6. F71
7. F71.09
8. F71.19
9. F72
10. F80.1
11. F80.2
12. F80.82
13. F90.0
14. отсутствует

7. Диагноз при выписке (код МКБ-10) _____

1. F84.0
2. F84.01
3. F84.02
4. F84.1
5. F 84.11
6. F84.12
7. F84.2
8. F84.3
9. F84.4
10. F84.5
11. F07.00
12. F07.08
13. F70.19
14. F70.88
15. F79.89
16. F80.1
17. F80.2
18. F80.82
19. F90.0

8. Сопутствующий Диагноз при выписке:

1. F07.00
2. F07.08
3. F70.09
4. F70.19
5. F70.88
6. F71
7. F71.09
8. F71.19
9. F72
10. F80.1

11. F80.2
12. F80.82
13. F90.0
14. Отсутствует

9. Диагноз при выписке (код МКБ-10), поставленный в исследовании _____

1. F84.0
2. F84.01
3. F84.02
4. F84.1
5. F 84.11
6. F84.12
7. F84.2
8. F84.3
9. F84.4
10. F84.5
11. F07.00
12. F07.08
13. F70.19
14. F70.88
15. F79.89
16. F80.1
17. F80.2
18. F80.82
19. F90.0

20. Сопутствующий Диагноз при выписке, поставленный в исследовании:

1. F07.00
2. F07.08
3. F70.09
4. F70.19
5. F70.88
6. F71
7. F71.09
8. F71.19
9. F72
10. F80.1
11. F80.2
12. F80.82
13. F90.0
14. отсутствует

15. Возраст на момент госпитализации (вписать) в месяцах _____

16. Пол:

- муж

- жен
- 17. Место жительства:
 - г. Омск
 - Омская область
 - другая область

18. Телефон№: _____

СВЕДЕНИЯ О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

19. Госпитализация:

1. Первичная
2. повторная

20. Длительность госпитализации (койко- день):

1. До 5 суток
2. До 10 суток
3. До 20 суток
4. До 30 суток
5. До 40 суток
6. До 50 суток
7. До 60 суток
8. До 70 суток
9. До 80 суток

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

21. Жалобы при поступлении:

1. гиперактивность
2. агрессия
3. аутоагрессия
4. вспышки гнева
5. стереотипные движения
6. стереотипность в наведении порядка (феномен тождества)
7. стереотипность интересов
8. отсутствие реакции на имя
9. отсутствие зрительного контакта
10. отсутствие понимания обращенной речи
11. отсутствие речевых навыков
12. отсутствие жестикуляции
13. нарушение коммуникации
14. нарушение сна
15. отсутствие чувства безопасности
16. Отсутствие навыков самообслуживания

17. Нарушение глотания, приема пищи.

18. Другое (вписать): _____

Наследственность:

22. Мать:

01. Не отягощена
02. 07. Шизофрения
03. Алкоголизм
04. Наркомания
05. Интеллектуальный дефицит
06. Судимости
07. Депрессия
08. Патохарактерологические особенности
09. Данные о матери отсутствуют
10. Психические заболевания по л/м

23. Отец:

01. Не отягощена
02. Алкоголизм
03. Наркомания
04. Интеллектуальный дефицит
05. Судимости
06. Депрессия
07. Шизофрения
08. Патохарактерологические особенности
09. Данные об отце отсутствуют
10. Психические заболевания по л/о

24. Семейное положение родителей:

01. Проживают вместе
02. Разведены
03. Данные отсутствуют

25. Образование матери:

01. Отсутствует
02. Среднее общеобразовательное
03. Средне- специальное
04. Высшее неоконченное
05. Высшее
06. Данные отсутствуют

26. Образование отца:

01. Отсутствует
02. Среднее общеобразовательное

- 03. Средне-специальное
- 04. Высшее неоконченное
- 05. Высшее
- 06. Данные отсутствуют

27.С кем проживает ребенок

- 01. С родителями
- 02. С опекуном
- 03. Детский дом
- 04. Бабушка, дедушка.
- 05. С одним из родителей (мать или отец)

28.Взаимоотношения родителей (опекунов) с ребенком

- 01. Гармоничные
- 02. Конфликтные
- 03. Формальные
- 04. Другое (вписать) _____

29.Сопутствующие соматические заболевания:

- 01. Отсутствуют
- 02. Болезни органов дыхания
- 03. Диффузные болезни соединительной ткани
- 04. Болезни органов пищеварения
- 05. Заболевания крови и системы кроветворения
- 06. Эндокринные заболевания
- 07. Кожные заболевания
- 08. Другие(вписать) _____

30.Сопутствующие неврологические заболевания:

- 01. отсутствуют
- 02. Атрофические заболевания головного мозга
- 03. Сосудистые
- 04. Инфекционные
- 05. Другие (вписать) _____

Социальный статус

31.ПМПК

- 01. не пройдена
- 02. пройдена, но данных о рекомендованной программе обучения нет
- 03. рекомендовано обучение по адаптированной программе для детей с задержкой речевого развития
- 04. рекомендовано обучение по адаптированной программе для детей с умственной отсталостью

- 05. рекомендовано обучение по адаптированной программе для детей с РАС
- 06. рекомендовано обучение по индивидуальной программе

32. Инвалидность по психическому заболеванию:

- 01. Отсутствует
- 02. Установлена инвалидность до 18 лет
- 03. Установлена инвалидность на 2 года
- 04. Установлена инвалидность на 1 год

33. Посещение детского сада:

- 01. Не посещает
- 02. Посещает детский сад общего вида
- 03. Посещает детский сад компенсирующего вида
- 04. Посещает детский сад комбинированного вида
- 05. Посещает детский сад коррекционного вида
- 06. Посещает частные центры развития
- 07. Адаптивная школа- интернат

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

34. Обращение и наблюдение у специалистов до госпитализации:

- 01. Не наблюдался
- 02. Невролог
- 03. Психиатр
- 04. Osteопат
- 05. Самостоятельное лечение и наблюдение
- 06. Другие (вписать) _____

35. Проводимое лечение до поступления в стационар:

- 01. Отсутствовало лечение
- 02. Ноотропы
- 03. Антидепрессанты
- 04. Нейролептики
- 05. Нормотимики
- 06. БАДы, Витамины
- 07. Физио- электро. Лечение
- 08. Массаж
- 09. Логопедический массаж
- 10. Занятия с дефектологом
- 11. Занятия с логопедом
- 12. Канис- терапия
- 13. Иппотерапия
- 14. ТКМП

15. Самостоятельное лечение

16. Другое (вписать): _____

36. Эффективность проводимого лечения:

01. Отсутствие эффекта
02. Значительное улучшение
03. Незначительное улучшение
04. Появление побочных эффектов

37. Соблюдает ли ребенок диету?

01. Да
02. Нет
03. Избирательность в еде

Раннее развитие ребенка

38. Ребенок родился в доношенном сроке:

01. Да
02. Нет
03. Нет данных

39. Состояние ребенка при рождении:

01. период адаптации
02. средней степени тяжести
03. тяжелое состояние
04. нет данных

40. Диагноз при выписке из род. дома:

01. период адаптации
02. ЦИ I степени
03. ЦИ 2 степени
04. ГИП ЦНС
05. ПЭП ЦНС
06. Нет данных
07. ЗВУР
08. Другое

41. Период нормального развития:

01. Отсутствовал
02. нормально развивался до 1,5- 2 лет
03. нормально развивался до 3-4 лет
04. нет данных

42. Речевое развитие до года:

01. Гуление, лепет отсутствовал

- 02. Гуление, лепет скудные
- 03. Гуление, лепет активные
- 04. до 5 слов к году
- 05. Отсутствие слов к году
- 06. Нет данных

43. Моторное развитие до года:

- 01. Развивался с задержкой
- 02. Развивался в норме
- 03. Нет данных

Развитие ребенка после года

44. Речевое развитие после года:

- 01. Речь отсутствует
- 02. В норме
- 03. Гуление, лепет
- 04. Крик
- 05. Эхολалии
- 06. Использует методы невербальной коммуникации
- 07. Слоги
- 08. Слова после 2 лет
- 09. Слова после 3 лет
- 10. Слова после 4 лет
- 11. Слова после 5 лет
- 12. использует несколько слов

45. Фразовая речь:

- 01. отсутствует
- 02. в норме
- 03. несколько бытовых фраз
- 04. Эхολалии+ отсроченные эхολалии
- 05. Пользуется методами невербальной коммуникации
- 06. Избирательность коммуникации

46. Коммуникативные нарушения

- 01. Отсутствуют
- 02. Выстраивает коммуникацию только из людей близкого круга (мать, отец)
- 03. Испытывает трудности в коммуникации с чужими людьми, детьми
- 04. Избирательность в коммуникации

47. Возраст появления стереотипий:

01. Отсутствуют стереотипные движения
02. появились до 1,5 лет
03. появились после 1,5 лет
04. появились после 2 лет
05. после 3 лет
06. после 4 лет
07. после 5 лет
08. после 6 лет
09. Нет данных о возрасте

48.Проявления стереотипий:

01. Отсутствуют проявления
02. Стереотипные движения руками
03. Стереотипные ритуалы
04. Стереотипное наведение порядка (феномен тождества)
05. Стереотипные движения языком
06. Стереотипное простукивание поверхностей, предметов.
07. Стереотипность в игре
08. Стереотипно бегают, кружится, прыгает, раскачивается
09. Стереотипно повторяет фразу

49.Возраст появления нарушений поведения:

01. Отсутствуют нарушения поведения
02. появились до 1,5 лет
03. появились после 1,5 лет
04. появились после 2 лет
05. после 3 лет
06. после 4 лет
07. после 5 лет
08. после 6 лет
09. Нет данных о возрасте

50.Проявления нарушения поведения:

01. отсутствуют
02. гиперактивность
03. физическая агрессия
04. аутоагрессия
05. вербальная агрессия
06. негативизм
07. раздражительность
08. возбудимость
09. вспышки гнева

51.Наличие психических расстройств:

01. Страхи (фобии)
02. Нарушение сна
03. Нарушение приема пищи (отказ от еды, избирательность в еде)
04. Тревожность
05. Частая смена настроения
06. Другое (вписать) _____
07. отсутствуют

52. Навыки самообслуживания:

01. Не сформированы
02. Частично сформированы
03. Полностью сформированы
04. Нет данных

53. Игровая деятельность ребенка:

01. Отсутствует
02. Стереотипная манипуляция предметами
03. Скучная манипуляция предметами
04. Сюжетно-ролевая деятельность
05. Хаотичное раскидывание предметов
06. Выставление предметов в ряд, в башню и пр.
07. Предпочитает играть один
08. Стереотипность в игре
09. Пассивность в игре, отсутствие интереса к игрушкам

54. Сопутствующие соматические заболевания, выявленные во время госпитализации:

01. ОРВИ
02. конъюнктивит
03. стоматит
04. Тонзиллит
05. Анемия
06. Аллергический дерматит
07. Гипертрофия небных миндалин
08. Кариес
09. Отсутствуют
10. Отит
11. Функциональные запоры

55. Сопутствующие неврологические заболевания, выявленные во время госпитализации:

01. Энцефалопатия
02. Эпилепсия
03. ДЦП

- 04. Гидроцефалия
- 05. отсутствуют

ДИАГНОСТИКА

56.Обследование логопедом:

- 01. ОНР III уровня
- 02. ОНР II уровня
- 03. ОНР I уровня
- 04. ФФН
- 05. Системное недоразвитие речи I уровня
- 06. Недоразвитие речи системного характера
- 07. Специфическое расстройство речи
- 08. СНР II уровня
- 09. СНР III уровня

57.Обследование медицинским психологом психологом:

- 01. Снижение интеллекта в легкой степени
- 02. Снижение интеллекта умеренной степени
- 03. Снижение интеллекта в выраженной степени
- 04. Интелл.нар не выявлено
- 05. Оценить не удалось

58.Тест векслера (WPPSI)

- 01. Методика не проводилась
- 02. 126 и более (интеллектуальная одаренность)
- 03. 110-125 (высокая возрастная норма)
- 04. 95-109 (возрастная норма)
- 05. 80-94 (пограничная норма)
- 06. 65-79 (легкая умственная отсталость)
- 07. 64 – 50 (умеренная умственная отсталость)
- 08. 35-49 (тяжелая умственная отсталость)
- 09. Обследованию недоступны

59.Обследование неврологом:

- 01. не проводилось
- 02. энцефалопатия
- 03. эпилепсия
- 04. задержка речевого развития
- 05. субклин. эпилептогенез
- 06. органическое поражение
- 07. астено-невротический синдром
- 08. дцп

60.Обследование офтальмолога:

01. не проводилось
02. в норме
03. ангиопатия сосудов глаза
04. сходящееся альтернирующее косоглазие
05. расходящееся альтернирующее косоглазие
06. осмотреть не удалось
07. границы вен расширены
08. гиперметропия
09. миопия
10. конъюнктивит

61.Обследование Лор-врачом:

01. не проводилось
02. в норме
03. аденоиды
04. отит
05. осмотреть не удалось
06. тонзиллит

62.Обследование стоматологом:

01. Не проводилось.
02. В норме
03. Другое (вписать): _____
04. Обследовать не удалось
05. кариес

63.Обследование Сурдологом:

01. не проводилось
02. в норме
03. тугоухость
04. Осмотреть не удалось

64.Обследование генетиком:

01. не проводилось
02. генетических нарушений не выявлено
03. генетические нарушения
04. осмотреть не удалось

65.ЭЭГ (электро-энцефалограмма) :

01. не проводилось
02. в норме
03. эпи. активность
04. ДЭРД

05. Диффузные изменения б.э.а. мозга.
06. Провести не удалось

66.ЭЭГ (электро-энцефалограмма)- видео мониторинг:

01. не проводилось
02. в норме
03. эпи. активность
04. провести не удалось

67.РЭГ:

01. не проводилось
02. в норме
03. Затруднен венозный отток
04. Сужение сосудов
05. провести не удалось

68.МРТ:

01. не проводилось
02. в норме
03. киста
04. очаги глиоза
05. гипоплазия
06. провести не удалось
07. Другое(вписать): _____
08. гидроцефалия

69.Шкала CARs:

01. отсутствует аутизм(15-30 б.)
02. средняя степени аутизма (30-36 б.)
03. тяжелая степень аутизма (36-60 б.)
04. не проводилась.

ЛЕЧЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

70.Лекарственные препараты, используемые в лечении при госпитализации:

- 01.Ноотропы
02. антидепрессанты
03. нейролептики
04. нормотимики
05. другие (витамины, БАД, диеты и т.д.)
06. сосудистые препараты
07. транквилизаторы

71. Антидепрессанты, используемые в лечении:

01. не применялись
02. амитриптиллин
03. сертралин (золофт)
04. пипофезин (азафен)
05. флувоксамин (феварин)

72. Нейролептики, используемые в лечении:

01. не применялись
02. хлорпротиксен
03. галоперидол
04. хлорпромазин
05. тиоридазин
06. рисперидон
07. алимемазин
08. клозапин
09. перициазин
10. арипипразол

73. Транквилизаторы, используемые в лечении:

01. не применялись
02. гидроксизин
03. феназепам

74. Нормотимики, используемые в лечении:

01. не применялись
02. карбамазепин
03. топирамат
04. депакин
04. другие (вписать):

75. Сосудистые препараты, используемые в лечении:

01. не применялись
02. фезам
03. винпоцетин
04. мидокалм

76. Ноотропы, используемые в лечении:

01. не применялись
02. пикамилон
03. гопантеновая кислота (пантогам)
04. фенибут
05. аминалон
06. пирацетам
07. церебролизин

- 08. кортексин
- 09. глутаминовая кислота

77. Витамины, используемые в лечении:

- 01. не применялись
- 02. витамин В6
- 03. Витамин В12
- 04. Другое(вписать):

78. Побочные эффекты на антидепрессанты:

- 01. отсутствуют
- 02. гиперактивность
- 03. заторможенность
- 04. раздражительность
- 05. усиление тревоги
- 06. нарушение сна
- 07. запор
- 08. другое (вписать):

79. Побочные эффекты на нейролептики

- 01. отсутствуют
- 02. гиперактивность
- 03. Угнетение ЦНС (заторможенность, сонливость, апатия)
- 04. ЭПС
- 05. Сухость во рту
- 06. Снижение АД
- 07. запор
- 08. другое (вписать):

80. Побочные эффекты на нормотимики:

- 01. отсутствуют
- 02. гиперактивность
- 03. заторможенность
- 04. раздражительность
- 05. негативизм
- 06. другое (вписать):

81. Побочные эффекты на ноотропы:

- 01. Отсутствуют
- 02. Гиперактивность
- 03. Неуправляемость в поведении
- 04. Возбудимость
- 05. Усиление тревоги
- 06. Тремор

- 07. Болезненность места инъекции при в/м введении
- 08. Другое (вписать):

82. Побочные эффекты от сосудистых препаратов:

- 01. Отсутствуют.
- 02. Гиперактивность
- 03. Аллергическая реакция
- 04. Другое (вписать):

83. Другие методы лечения:

- 01. противопоказание
- 02. 10. логоритмика
- 03. логопедический массаж
- 04. 11. занятия в сенсорной комнате
- 05. ТКМП
- 06. Электросон
- 07. СМТ
- 08. Дарсонваль ВЧГ
- 09. Музыкальная терапия
- 10. Пальчиковая и язычковая гимнастика
- 11. Занятия по развитию навыков коммуникации
- 12. занятия с психологом
- 13. Массаж ШВЗ
- 14. ЛФК
- 15. Обучение педагогическим приемам родителей

84. Проведение ТКМП – плацебо

- 1. Да
- 2. нет