Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні журнали»

# Очерки детской психиатрии

# Аутизм

НЕЙРО NEWS®

Киев 2014

**Очерки детской психиатрии. Аутизм**: учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей / Под ред. главного внештатного специалиста МЗ Украины по специальности «детская психиатрия» И.А. Марценковского // НейроNEWS. – 2014. – 280 с.

В издание вошли статьи украинских, американских, английских и израильских детских психиатров, психологов и коррекционных педагогов, посвященные вопросам профилактики, диагностики, терапии, педагогической коррекции и социальной поддержки лиц с расстройствами спектра аутизма различной степени тяжести, которые базируются на принципах научной доказательности. Пособие может быть полезно для широко круга специалистов. Отдельное внимание уделяется решению проблем пациентов с первазивными нарушениями развития при достижении ими совершеннолетия.

Учебное пособие рекомендовано к изданию Ученым советом Украинского научно-исследовательского института социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (Киев, Украина), протокол от 29.01.2014 № 1.

**Авторы**:

И.А. Марценковский, И.Я. Пинчук, С.Е. Казакова, Д. Димер, Л. Диббл, Д. Угрин, Д. Шук, В.Я. Пишель, Я.Б. Бикшаева, Ю.М. Эрц-Нафтульева, О.В. Доленко, О.И. Романчук, В.И. Харитонов, Л.Б. Чудакова, Н.С. Андреева, Е.И. Суковский, М.Ю. Полывяная, К.В. Дубовик, Л.С. Ващенко, А.А. Литвинов, Д.И. Марценковский, А.В. Каптильцева, В.В. Сотниченко, Т.М. Мищук, А.М. Каландяк, Е.Л. Паничевская, И.С. Обадина, К.Г. Кремец, И.В. Сидоренко

**Рецензенты:**

**Н.А. Дзеружинская** – д. мед. н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и сексологии Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца

**В.Д. Мишиев** – д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой детской, социальной и судебной психиатрии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

# содержание

**Раздел I. Организация психиатрической помощи**

15 «Самое важное, что мы можем сделать для родителей и их детей – выслушать, понять, поддержать, обнадежить и быть с ними»,
*Джеймс Димер, США*

24 «Раннє втручання може мати величезний вплив на траєкторію розвитку багатьох психічних захворювань»,
*Денис Угрин, Великобритания*

27 «Чем раньше будет проведена интервенция, тем больше шансов, что ребенок с аутизмом максимально приблизится к нормальной траектории психического развития»,
*Джеймс Димер, США*

39 Терапевтичне батьківство: роль прийомних батьків у зціленні дітей з розладами прив'язаності
*Олег Романчук, Україна*

48 «Найважливіші ліки для кожної дитини – це любов та віра у неї її батьків»,
*Олег Романчук, Україна*

**Раздел II. Факторы риска, ранняя диагностика и профилактика**

53 Расстройства спектра аутизма: этиология и факторы риска
*Игорь Марценковский, Дмитрий Марценковский, Украина*

59 Расстройства спектра аутизма: факторы риска и профилактика
*Игорь Марценковский, Украина*

69 Расстройства спектра аутизма: вопросы ранней диагностики
*Игорь Марценковский, Дмитрий Марценковский, Украина*

78 Великі проблеми мінімальної мозкової дисфункції, або що ми знаємо про моторну незграбність?
*Тетяна Міщук, Олександра Каландяк, Україна*

85 Стереотипные движения и повторяющееся поведение как симптомы расстройств аутистического спектра
*Константин Дубовик, Украина*

**Раздел III. Диагностика, дифференциальная диагностика и проблема коморбидности**

91 Расстройства спектра аутизма: вопросы диагностики и терапии
*Игорь Марценковский, Дмитрий Марценковский, Украина*

105 Гиперкинетический и аутистический спектры психических нарушений у детей: особенности дифференциальной диагностики
*Игорь Марценковский, Украина*

112 «Пациенты с пограничным расстройством личности больше не относятся к числу безнадежных, как было принято считать раньше»,
*Джин Шук, США*

121 Коморбидные психические расстройства при первазивных нарушениях развития у подростков и взрослых
*Игорь Марценковский, Алена Каптильцева, Украина*

127 Диагностика синдрома Ретта у пациента мужского пола
*Владимир Харитонов, Украина*

**Раздел IV. Медикаментозная терапия, построенная на принципах доказательной медицины**

133 Рисперидон у лікуванні симптомів розладу соціальної поведінки у дітей з аутизмом
*Ірина Сидоренко, Україна*

142 Рисперидон в лечении детей дошкольного возраста с кондуктивным расстройством
*Константин Кремец, Украина*

149 Терапевтичні можливості рисперидону в комплексному лікуванні дітей із розладами спектра аутизму
*Ігор Марценковський, Яна Бікшаєва, Олеся Ващенко, Україна*

165 Протиепілептичні препарати та інші засоби лікування епілепсій у дітей із розладами спектра аутизму
*Ігор Марценковський, Україна*

172 Тактика лечения раннего детского аутизма
*Лариса Чудакова, Украина*

**Раздел V. Аутизм у совершеннолетних: проблемы и пути их решения**

179 Розлади спектра аутизму в дорослих: сучасний стан проблеми
*Ірина Пінчук, Євгенія Панічевська, Віталій Пішель та ін.*

184 Погляд на проблему психіатричної та соціальної допомоги хворим на аутизм у дорослому віці
*Інна Обадіна, Україна*

187 Розлади спектра аутизму у підлітків та дорослих
*Олександр Літвінов, Україна*

**Раздел VI. Психолого-педагогическое сопровождение и проблемы инклюзии**

192 Доказова освіта в Україні: майбутнє осіб з особливими потребами – чи недосяжний Західний обрій?
*Євгеній Суковський, США*

200 Несколько слов об аутизме, детской психиатрии и инклюзии
*Ольга Доленко, Украина*

206 «Главная цель дневной терапевтической программы – дать детям возможность функционировать, получать образование и развиваться в наименее стесненных условиях, насколько это позволяет психическое расстройство»,
*Лаура Диббл, США*

216 Инклюзия детей с аутизмом в общеобразовательную систему: обзор целей и стратегий
*Юлия Эрц-Нафтульева, Израиль*

231 Психокоррекционная помощь детям с нарушениями аутистического спектра
*Наталья Андреева, Украина*

**Приложение**

236 Клінічний протокол надання медичної допомоги дітям із гіперкінетичними розладами
*Ігор Марценковський, Світлана Казакова, Яна Бікшаєва та ін.*

260 Клінічний протокол надання медичної допомоги дітям із розладами загального розвитку (розладами спектра аутизму)
*Ігор Марценковський, Світлана Казакова, Яна Бікшаєва та ін.*

## Уважаемые коллеги!

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), психическое (ментальное) здоровье – это состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь общества.
По данным ВОЗ, более 20% детей и подростков во всем мире страдают психическими расстройствами. Большинство из них не получают надлежащей психиатрической помощи.
К 2020 г. заболеваемость детскими психическими и неврологическими расстройствами в мире возрастет более чем на 50%. Расстройства психики и поведения у детей станут одной из пяти групп наиболее распространенных заболеваний детского возраста.
Психические расстройства, манифестирующие в детском возрасте, – тяжелое экономическое бремя для общества. Немалых финансовых затрат требуют длительное медикаментозное лечение, медико-социальная реабилитация, специальное образование, опека инвалидов, не менее значительны косвенные убытки, связанные с ограничением социальной активности членов семьи больного ребенка. Поведенческие расстройства подросткового возраста существенно повышают уровень преступности, расходы на правоохранительную деятельность, ювенильную юстицию.
Около трех процентов детей в Украине постоянно нуждаются в психиатрической помощи, большинству из них требуется поддержка психолога или логопеда. Сегодня каждый четвертый-пятый ребенок в нашей стране страдает, как минимум, одним психическим заболеванием, каждый пятый имеет поведенческие, когнитивные или эмоциональные проблемы, у каждого восьмого диагностируется хроническое психическое расстройство.
Уровень организации системы охраны психического здоровья детей в обществе является тестом на его зрелость. Психиатрическая помощь детям – не обычная форма специализированной медицинской помощи, а важное направление социальной политики государства. Составляющими такой политики являются динамическое сосуществование различных теоретических моделей и научных подходов, направленных на охрану психического здоровья детей, обеспечение их психологического благополучия; реализация прав и законных интересов детей с особыми потребностями, обеспечение их инклюзии в общество; тщательный контроль за соблюдением прав ребенка, борьба с стигматизацией, дискриминацией и социальным неравенством; оказание специализированной психиатрической помощи, специальных образовательных услуг детям в максимально не стигматизирующих условиях.

В большинстве стран Европейского региона активизируются процессы с целью создания комплексных программ психического здоровья, ориентированных на медико-социальную помощь на первичном и общинном уровнях, с разработкой специальных стратегий действий по профилактике расстройств спектра аутизма (РСА), антисоциального поведения, самоубийств, зависимости от алкоголя и психоактивных веществ, а также созданием законодательства в области прав ребенка.

Эта книга посвящена аутизму, и выбор темы не случаен. Аутизм относится к числу наиболее распространенных расстройств психики и поведения детского возраста, а также расстройств с самым высоким уровнем инвалидизации в детской психиатрической практике.

В последнее время об аутизме много говорят и пишут. Журналисты любят употреблять яркие, нередко ортодоксальные высказывания: о некой новой расе людей, о прогрессирующей дегенерации человечества как плате за разобщенность, отказ от непосредственного общения, перенос социальной жизни в компьютерные сети.

Психологи часто утверждают, что аутизм – это вообще не болезнь, а некое состояние отстранения, ухода в себя, которое любящие родители – при условии, что они действительно правильно воспитывают ребенка – способны преодолеть теплотой своей души и безусловным приятием.

Дефиниция РСА определяет группу нарушений психики и поведения, связанных с расстройствами нейророзвития, характеризующихся качественными нарушениями социальной взаимности, вербальной и невербальной коммуникации, ограниченным повторяющимся поведением, ригидными интересами, стереотипными движениями.

Психиатры, не так давно принявшие концепцию первазивных нарушений развития, указывают на стремительный рост уровня диагностики аутизма.

В течение последнего десятилетия рост зарегистрированной заболеваемости позволяет говорить об эпидемии этого психического расстройства. Тем не менее, и сегодня у многих специалистов возникают сложности при разграничении аутизма с умственной отсталостью, расстройствами личности, шизофренией.

В реальной украинской практике нередко приходится сталкиваться с архаическими формулировками, не соответствующим современным диагностическим системам.

Симптомы РСА проявляются в возрасте до 3 лет, чаще в 12-18 месяцев, но в отдельных психических сферах признаки присущего аутизму нарушения развития не диагностируются в течение, по меньшей мере, еще нескольких лет.

Современные методы терапии позволяют добиться значительного улучшения качества функционирования людей, страдающих РСА, позволяют обеспечить более высокий уровень их социального функционирования и инклюзии по сравнению с тем, что было 5-10 лет назад. Но и в настоящее время РСА остаются неизлечимыми, и большинство людей с этими расстройствами нуждаются в специальной социальной поддержке и лечении на протяжении всей жизни.

Еще 10-15 лет назад аутизм считался редко встречающимся заболеванием. Последние эпидемиологические данные существенно изменили это мнение. На основе обширного исследования, проведенного Центром по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), распространенность расстройств среди американцев оценивается как один случай на 88 детей. Показатель распространенности не зависит от расовых, этнических и социально-экономических различий.

Аутизм в пять раз чаще встречается у мальчиков – 1 на 54, тогда как у девочек – 1 на 252. Доступны также результаты многочисленных эпидемиологических испытаний, выполненных в Азии, Европе и Северной Америке, которые демонстрируют среднюю распространенность РСА около 1%. Экстраполяция этих эпидемиологических данных на Украину вполне корректна и позволяет предположить, что распространенность РСА в Украине составляет около 1% популяции.

В соответствии с определенными в 2006 г. приоритетами, Министерство здравоохранения (МЗ) Украины проводит последовательную работу по повышению качества диагностики и лечения РСА.

В течение пяти последних лет (с 2008 по 2012 гг.) официально зарегистрированная заболеваемость РСА выросла в 2,35 раза с 2,4 до 5,8 на 100 тыс. детского населения. В течение 2008 г. с впервые установленным диагнозом РСА на учет взято 198 детей, в 2011 г. – 342, в 2012 г. – 465. Не менее чем на 20% вырос показатель заболеваемости и в 2013 г. Под наблюдением детских психиатров Украины в 2012 г. находился 2791 ребенок с РСА, в 2011 г. – 2227, зарегистрированная МЗ Украины распространенность расстройств выросла за пять лет с 13,8 до 35,0 на 100 тыс. детского населения. Показатель распространенности РСА стабильно повышался в течение шести последних лет: в 2007 г. – 28,2%, в 2008 г. – 32,0%, в 2009 г. – 27,2%, в 2010 г. – 35,7%, в 2011 г. – 21,2%, в 2012 г. – 25,3%, в 2013 г. (предварительные данные) – 26%.

Реальный уровень диагностики РСА в Украине значительно выше. По данным Украинского НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, в Киеве в 2011-2012 гг. на официальный учет взято не более 20% детей, у которых детскими психиатрами были диагностированы РСА. Большинство родителей избегают официальной постановки диагноза. Это обусловлено стигматизацией расстройства, ограничениями, которые существуют при устройстве ребенка с РСА в учреждения дошкольного и школьного образования, отсутствием для детей с первазивним расстройствами развития специальных проектов, направленных на удовлетворение их особых потребностей в сфере образования.

При организации оказания медицинской помощи детям с РСА МЗ руководствуется требованиями клинического протокола, утвержденного Приказом от 15.02.2010 № 108, который полностью соответствует требованиям доказательной медицины и не имеет аналогов в странах СНГ. Однако в настоящее время ведется работа по разработке новых медико-технологических документов для стандартизации медицинской помощи при РСА.

Новыми медицинскими стандартами (унифицированными клиническими протоколами) будут в частности определены условия и процедуры:

- проведения скрининга задержек развития во время плановых профилактических осмотров в 9, 18, 24 и 30 месяцев и дополнительного специального скрининга на РСА в 24 или 30 месяцев;
- порядок проведения ранней медицинской реабилитации (в рамках программ раннего вмешательства);
- порядок и объемы предоставления первичной медицинской и специализированной педиатрической помощи при ассоциированных с РСА внутренних болезнях;
- порядок легализации на территории Украины и применения скрининговых и психодиагностических инструментариев, в частности пересмотренного опросника для диагностики аутизма (ADI-R) и шкалы наблюдения для диагностики аутизма (ADOS);
- порядок медикаментозного лечения, в частности применения атипичных антипсихотиков, психостимуляторов, противоэпилептических препаратов, в соответствии с принципами доказательной медицины;
- порядок мониторинга качества и безопасности медицинских услуг, предоставляемых больным РСА, недопущения использования методов и препаратов, эффективность которых не доказана;
- порядок оформления инвадидности при достижении пациентами с РСА совершеннолетия;
- объемы и порядок предоставления медицинской и психиатрической помощи взрослым с РСА.

За последние 20 лет детская психиатрия, как и вся система охраны психического здоровья детей, претерпела грандиозные изменения. Благодаря успехам нейробиологии, в клиническую практику были введены новые методы ранней диагностики, профилактики и терапии, в том числе новые лекарственные средства. Генетические исследования существенно изменили наши представления о природе психических заболеваний, позволили разработать построенные на принципах доказательной медицины методы первичной и вторичной профилактики.

Тем не менее, прогресс в современной психиатрии связан не столько с успехами биологической терапии, сколько с новыми технологиями организации психиатрической помощи, ее дестигматизацией, интеграцией с общемедицинской помощью, ориентацией на восстановление социального функционирования и инклюзию лиц с психическими расстройствами, переносом акцента с биологической на психотерапию, реабилитацию, решение социальных проблем больного и его семьи.

В нашей стране все еще отсутствуют службы, которые предоставляют услуги лицам с проблемами психического здоровья на уровне общины, когда больной не «изымается» из своего естественного социального окружения, а получает необходимые услуги по месту жительства – там, где есть близкие и родные, которые могут оказать поддержку.

Качественная психиатрическая помощь детям невозможна без участия их родителей и педагогических коллективов учебных заведений. Избегание мер ограничения активности больных, реабилитационная направленность социально-лечебных мероприятий (использование системы открытых дверей, групповая и семейная психосоциотерапия и др.) должны изменить положение пациентов в обществе, а пропаганда этих новых гуманистических подходов – привести к дестигматизации психических расстройств в общественном сознании, а также созданию условий для социальной инклюзии потребителей психиатрической помощи.

Направления реформирования системы охраны психического здоровья детей в Украине определены Указами Президента Украины от 16.12.2011 № 1163/2011 «О вопросах по обеспечению реализации прав детей в Украине» и от 12.03.2012 № 187 /2012 «О Национальном плане действий на 2012 год по внедрению Программы экономических реформ на 2010-2014 годы «Богатое общество, конкурентоспособная экономика, эффективное государство», Хельсинской декларацией, Европейским планом действий в области психического здоровья (Хельсинки, Финляндия, 2005), Меранской декларацией, принятой на конференции национальных координаторов Программы охраны психического здоровья ВОЗ (Мерано, Италия, 2008) и Флорентийской декларацией XIII Конгресса европейского общества детской и подростковой психиатрии (Флоренция, Италия, 2007).

МЗ при участии Ассоциации психиатров Украины и организаций потребителей психиатрической помощи разработана концепция реформирования системы охраны психического здоровья детей. Концепция рецензирована и получила положительную оценку экспертов Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ), Уполномоченного Президента Украины по правам ребенка и Общественного консультативного совета по вопросам защиты прав ребенка.

Согласно концепции МЗ, разработаны концептуальные основы относительно усовершенствования оказания психиатрической помощи и новый порядок предоставления психиатрической помощи детям (Приказы МЗ от 18.05.2013 № 399 и № 400).

Новый порядок оказания психиатрической помощи детям определяет необходимые организационные и правовые основы, исходя из приоритета прав и достоинств ребенка, указанных в Конвенции о защите прав человека и основных свобод 1950 г., Конвенции о защите прав и достоинства человека в связи с использованием достижений биологии и медицины (Конвенция о правах человека и биомедицине), Конвенции о правах ребенка от 20.11.1989, Основах законодательства Украины о здравоохранении и Законах Украины «Про психиатрическую помощь» и «Про охрану детства».

Для совершенствования порядка оказания психиатрической помощи детям планируется развитие медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами и особыми потребностями по месту жительства, интеграция специализированной психиатрической помощи детям с первичной медицинской помощью, а также использование ресурсов специальных дошкольных и школьных

учебных заведений, реабилитационных центров Министерства образования и Министерства социальной политики. Этот подход концептуально отработано на модели организации медико-социальной помощи детям с РСА, интеллектуальной недостаточностью, расстройствами активности и внимания, нарушениями поведения в пилотных регионах, в частности в Донецкой и Днепропетровской областях.

Важными направлениями совершенствования порядка оказания психиатрической помощи детям являются отделение психиатрической помощи детям от психиатрической помощи для взрослых, организация психиатрических отделений в структуре многопрофильных детских лечебных заведений, перенос акцента на втором уровне медицинской помощи со стационарной психиатрической на амбулаторную консультативно-поликлиническую помощь, создание межрегиональных центров, которые будут предоставлять высоко специализированную психиатрическую помощь, в частности детям с РСА, шизофренией, расстройствами пищевого поведения, а также коморбидными зависимостями от психоактивных веществ и алкоголя.

Еще одним направлением изменения порядка предоставления психиатрической помощи детям является принятие ряда мер по недопущению нарушения прав детей при оказании психиатрической помощи, инклюзии детей с ограниченными возможностями и особыми потребностями в существующие общие системы образования и профессиональной подготовки, устранение злоупотреблений при предоставлении психиатрической помощи детям в интернатах Министерства образования и науки и Министерства социальной политики.

Во всем мире наблюдаются значительная нехватка детских психиатров и увеличение потребности в оказании специализированной психиатрической помощи детям. В США для удовлетворения существующей потребности населения в специализированной помощи требуется 30 тыс. детских психиатров, тогда как в настоящее время по этой специальности работает всего 6300 человек. Украине для оказания психиатрической помощи в соответствии со стандартами помощи, принятыми в Западной Европе и США, может потребоваться дополнительно от 700 до 1 тыс. детских психиатров.

Выход из сложившейся ситуации один – заботу об охране психического здоровья детей должны взять на себя педиатры и семейные врачи. В настоящее время врачи первичной помощи выполняют большой объем работы по диагностике и лечению эмоциональных и поведенческих расстройств у детей, качество которой, к сожалению, не всегда высокое, большинство интернистов испытывают затруднения, поскольку не получили надлежащего образования.

Интеграция психиатрической помощи детям в педиатрическую помощь, обучение врачей первичной медицинской помощи основам диагностики и лечения психических расстройств у детей являются важными составляющими улучшения психиатрической помощи детям. Как и чему учить врачей общей практики для работы в сфере охраны психического здоровья детей? Как использовать опыт стран Западной Европы и США при реорганизации системы охраны психического здоровья детей в Украине?

Как интегрировать детскую психиатрию и педиатрию, рачительно использовать специфичные для Украины ресурсы, например большое количество детских неврологов, имеющих базовую подготовку в области детской психиатрии, а также наличие разветвленной системы медико-педагогических консультаций?
В рамках специального проекта Украинского НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (Киев, Украина) и Медицинского университета SUNY Upstate штата Нью-Йорк (Сиракузы, США) была проведена дискуссия по вопросам организации психиатрической помощи детям в наших странах, а также диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний, среди которых РДВГ, РСА, нарушения пищевого поведения, шизофрения, депрессия. С американской стороны в проекте приняли участие *Джеймс Димер, Джон Мэнринг, Кевин Антшел, Ванда Фримон, Сачин Шреста, Саша Арбой, Кетлин Дитер-Хайес, Роберт Грегори, Мантош Деван, Юлия Кондратович, Лаура Лесо, Марина Нестеренко*, с украинской – *Ирина Пинчук, Игорь Марценковский, Светлана Казакова, Станислав Табачников, Владимир Мартынюк, Инна Марценковская, Яна Бикшаева, Ольга Мостовая, Олег Романчук, Ярема Возница, Екатерина Явна, Константин Дубовик, Алена Каптильцева*.
Наряду с украинскими и американскими психиатрами в дискуссии приняли участие известные специалисты в области детской психиатрии из Италии, Великобритании, Литвы (*Лоренсо Торесини, Дайниус Пурас, Эрик Тэйлор, Эмили Симоноф, Денис Угрин)* и Израиля *(Юлия Эрц-Нафтульева*).
Благодаря информационной поддержке журнала «НейроNEWS», на страницах издания были опубликованы многочисленные интервью, статьи и очерки участников дискуссии. Часть этих материалов вошла в опубликованное в 2012 г. учебное пособие «Очерки детской психиатрии».
Сборник «Очерки детской психиатрии. Аутизм» является тематическим и посвящен результатам обсуждения проблем, связанных с РСА. Книга включает разделы, в которых обсуждаются вопросы профилактики, диагностики и терапии расстройства, а также образования и оказания помощи пациентам, достигшим совершеннолетия.
Сотрудничество с детскими специалистами из разных стран было очень плодотворным и эффективным. Надеюсь, что наша нынешняя и дальнейшая работа позволит улучшить оказание медицинской, социальной и специальной педагогической помощи лицам, страдающим первазивными нарушениями развития.
Мне бы хотелось, чтобы психиатры, детские психиатры, семейные врачи и педиатры нашли статьи этого сборника интересными и полезными. Книга должна заинтересовать специалистов, работающих в сферах коррекционной педагогики, социальной работы и специализирующихся на оказании помощи лицам с аутизмом.

*Главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «детская психиатрия», руководитель отдела психических расстройств детей и подростков*
***Игорь Марценковский***

# Раздел I.
# ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

## Джеймс Димер: «Самое важное, что мы можем сделать для родителей и их детей – выслушать, понять, поддержать, обнадежить и быть с ними»

Интервью с Джеймсом Димером (James Demer) – профессором кафедры детской психиатрии Медицинского университета SUNY Upstate штата Нью-Йорк, заведующим детским отделением Хатчингского психиатрического центра (Сиракузы, США).

**– Доктор Димер, расскажите, пожалуйста, как организовано оказание психиатрической помощи детям в США?**

– В Америке примерно 80% детей, страдающих психиатрическими расстройствами, получают психиатрическую помощь у врачей первичной помощи. Как правило, эти пациенты имеют легкие формы расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ), оппозиционное или агрессивное поведение, тревожные или депрессивные расстройства. Дети с психическими нарушениями, получающие медицинскую помощь у педиатров, семейных врачей или врачей общей практики, чаще имеют единственный диагноз по оси I DSM-IV.

Врачам первичной помощи рекомендуется направлять детей к детскому психиатру в тех случаях, когда могут быть диагностированы коморбидные расстройства по оси I, когда есть необходимость в одновременном использовании нескольких психотропных препаратов, а также при резистентности к назначаемой медикаментозной терапии. При наличии психоза или первазивного нарушения развития (расстройства из спектра аутизма) семейный врач должен сразу направить ребенка к психиатру.

**– Как организовать диагностику расстройств психики у детей в семейной амбулатории в условиях жесткого лимита времени на обслуживание каждого пациента?**

– Основой и особенностью детской психиатрической диагностики является необходимость параллельного сбора и оценки разносторонней информации из разных источников (коллатерального сбора данных) о функционировании ребенка в школе, семье, на улице. Такие сведения позволяют оценить уровень функционального дефицита в различных сферах деятельности – дома, в школе, на улице, в других общественных местах и являются критически важными для правильной диагностики и составления плана лечения таких

нарушений, как РДВГ, оппозиционное, агрессивное и антисоциальное поведение. Это именно те расстройства, за диагностику и лечение которых несет ответственность семейный врач.

Для того чтобы обработать, формализовать и оценить информацию о ребенке, полученную из различных источников, используются многочисленные оценочные шкалы, такие как шкала сильных и слабых особенностей ребенка (SDQ), шкалы Коннорса, Вандербильта, скрининговые шкалы для детской тревоги (SCARED) и депрессии (CES-DC) и др. Эти шкалы семейные врачи еще до первого осмотра рассылают родителям, школьным учителям, воспитателям дошкольных учреждений, учителям школьных продленных программ, работникам социальных служб. К сожалению, врачи первичной практики не всегда делают это из-за недостатка времени, что значительно снижает эффективность оказываемой ими психиатрической помощи.

Значительная часть помощи оказывается членами терапевтических команд, которые зачастую не работают в амбулатории семейного врача, например школьными психологами, работниками социальных программ. Семейный врач должен грамотно использовать эти ресурсы. Медицинские сестры и социальные работники семейных амбулаторий выполняют важную роль при организации взаимодействия между членами терапевтической команды.

Очень часто психические расстройства носят хронический характер, поэтому невозможно полностью излечить пациента, однако можно добиться значительного улучшения функционирования и социальной адаптации больного. Несмотря на это, родители часто надеются на полное выздоровление и постепенно по мере улучшения состояния ребенка увеличивают свои ожидания от него. Часто в таких случаях семья сталкивается с разочарованием и отчаянием, ей кажется, что проводимые интервенции утратили свою эффективность. В такой ситуации используются оценочные шкалы для мониторинга количественных изменений состояния ребенка, что демонстрирует их очевидность. Можно рекомендовать проведение скринингов с использованием шкал каждые 3-6 месяцев.

Еще одним важным фактором психиатрической помощи на этапе первичной медицинской помощи является наблюдение за динамикой семьи. Очень часто дети, страдающие психическими растройствами, живут в дисфункциональных семьях (родители находятся в разводе, уход за больными детьми осуществляют бабушки, дедушки или другие родственники). Подобные условия часто приводят к формированию дезадаптивного паттерна поведения ребенка. В таких ситуациях семейному врачу необходимо контактировать с взрослым, который непосредственно проводит время, ухаживает за ребенком, и по возможности собирать и учитывать информацию, полученную от обоих родителей. Это позволяет лучше понять мотивы и паттерны дисфункционального поведения ребенка.

**– Доктор Димер, чем должен руководствоваться семейный врач при постановке психиатрического диагноза ребенку? Имеет ли он на это юридическое право?**

– Некоторые детские психиатры в Украине убеждены, что постановка психиатрического диагноза ребенку должна быть исключительной компетенцией детского психиатра. Такие ограничения в сознании специалистов ассоциируются с опытом США в области защиты прав человека.

В США же таких ограничений нет и не было. Семейный врач выполняет диагностику расстройств психики как у взрослых, так и у детей. Он также занимается

лечением психических заболеваний, в том числе выписывает необходимые психотропные препараты.

При постановке психиатрического диагноза ребенку семейный врач использует те же диагностические процедуры и руководствуется теми же критериями, что и врач-психиатр. Но диагностика на этапе первичной медицинской помощи имеет свои особенности.

Семейный врач должен смотреть на ребенка через призму не столько ранней диагностики расстройств, сколько дисгармоничности его развития. Если применять вышеуказанный подход, гораздо легче определить сильные стороны развития пациента, проблемные сферы функционирования, определяющие базовый дефицит развития, и использовать профилактические программы, направленные на коррекцию нарушений развития.

В процессе психиатрической диагностики на этапе первичной медицинской помощи основное внимание акцентируется на выявлении сильных сторон развития ребенка и функционирования его семьи, вместо того чтобы фокусировать внимание на диагнозе по оси I DSM-IV, что, как правило, ведет к дальнейшей стигматизации пациента или выявлению симптомов, к которым может быть применена психофармакотерапия. По настоящему грамотен подход, сосредоточенный на определении уровня развития ребенка в таких сферах, как крупная и мелкая моторика, сенсорные нарушения, когнитивное и социальное функционирование, коммуникационные навыки, эмоциональная зрелость и моральное развитие. Полученные показатели сравниваются с возрастными нормами.

Семейному врачу, конечно же, необходимо поставить диагноз и по оси I DSM-IV, однако взгляд на проблему ребенка только со стороны диагноза или симптома приводит к чрезмерно упрощенному пониманию трудностей и, соответственно, к недопониманию того, какие мероприятия могут быть эффективными для лечения пациента и улучшения его функционирования.

**– Доктор Димер, как семейному врачу при оказании психиатрической помощи найти взаимопонимание с родителями ребенка?**

– Большинство родителей, которые приходят к врачу первичной практики с жалобами на психические расстройства ребенка, обладают внутренним предубеждением и враждебностью к доктору и часто проявляют защитные реакции во время интервью. Это объясняется тем, что в истории психиатрии были периоды, когда на основе психиатрической науки на родителей возлагалась вина за наличие у детей психического расстройства. Например, считалось, что возникновение шизофрении или аутизма связано с неправильным воспитанием ребенка, дефицитом во взаимоотношениях между ним и матерью, неправильным формированием детско-материнской привязанности.

Родители часто винят себя в возникновении психических расстройств у ребенка, испытывают стыд и унижение, отчаяние, страх стигматизации, боятся, что визит к врачу приведет к потере надежд на выздоровление. С момента появления симптомов психического заболевания, как правило, проходит 2-3 года, прежде чем семья решается обратиться за помощью к врачу. Необходимо понимать, что большинство родителей приходят в кабинет врача первичной практики со скрытым чувством вины и очень чувствительны к осуждению и любым проявлениям неуважения со стороны специалиста.

Таким образом, одним из самых важных компонентов оказания психиатрической помощи ребенку является установление стабильных и доброжелательных отношений с его семьей. В этом случае наиболее эффективно выявление и устранение фрустрации у родителей. Необходимо одобрить, похвалить их за все те усилия, которые уже были предприняты для того, чтобы помочь своему ребенку до момента консультации.

В детской психиатрии важным условием для постановки правильного диагноза и планирования лечения является изучение взаимоотношений между пациентом и его родителями, которые всегда имеют две составляющие – отношения родителей с ребенком и ребенка с родителями. В процессе их изучения следует всегда помнить метафору К. Витакера: «это танец, когда один из партнеров производит движение, и в ответ его партнер тоже производит движение». А. Винекот назвал взаимоотношения словосочетанием «критерий согласия» (goodness of fit), акцентируя внимание на том, что родители и ребенок подходят друг другу по темпераменту. Очень часто при поведенческих нарушениях у детей «критерий согласия» не наблюдается, то есть родители и ребенок не совпадают по темпераменту.

При наблюдении за ребенком с поведенческими нарушениями врач изучает не только его дисфункциональность, но некий дефицит в общении с ним, который демонстрируют его родители. Вместо того чтобы рассматривать поведенческие расстройства как патологию, имеет смысл сконцентрироваться на взаимоотношениях между пациентом и его родителями, которые в настоящее время являются дисфункциональными, и выработать план мероприятий, направленный на улучшение общения в семье.

Самое важное, что мы можем сделать для родителей и их детей – это выслушать, понять, поддержать, обнадежить и быть с ними.

**– Каковы же особенности работы семейного врача с ребенком, имеющим психические или поведенческие расстройства?**

– С чего начать психиатрический осмотр пациента? Ответ на этот вопрос зависит от стадии его развития. Например, при установлении взаимоотношений с ребенком ясельного, дошкольного или раннего школьного возраста рекомендуется предложить ему игрушки или другой игровой материал (карандаши, книги и т. д.), которые должны находиться в кабинете врача. Следует отметить, что врачи часто не имеют достаточно времени, а иногда и игрушек в своих офисах для установления доверительных отношений с детьми. Необходимо дать пациенту игрушку, а затем присесть рядом с ним на маленький стульчик или даже на пол таким образом, чтобы глаза были на уровне глаз ребенка. Это позволяет наладить контакт, уменьшить чувство страха, избежать протестного поведения.

При осмотре подростков необходимо использовать другой подход. Следует очень уважительно относиться к их желанию быть независимыми и автономными и в то же время оставаться под защитой взрослого – в некой зависимости от него. Обычно беседуют сначала с подростком, или же дают ему возможность выбрать, хочет ли он первым завести разговор, либо вначале врач должен обсудить проблему с его родителями. Это обычно помогает установить доверительные отношения с подростками. Также необходимо информировать как детей, так и подростков о правилах конфиденциальности. Подростки должны знать, что они могут свободно обговаривать с врачом проблемы, связанные с наркологией и сексуальными взаимоотношениями, и врач не передаст разговор родителям. Конечно же, есть ситуации-исключения, которые

предполагают нарушение конфиденциальности, однако ее необходимо придерживаться, если это требуется для обеспечения безопасности ребенка.

Необходимо предоставить ребенку больше времени для рассказа о себе. Не секрет, что у детских психиатров несколько больше возможностей, чем у врачей общей практики, чтобы выслушать пациента и понять его. Как правило, психиатр планирует провести с ребенком от 30 до 60 минут, в то время как врач первичной практики рассчитывает на 15-30 минут. Психиатр имеет больше времени и на беседу с родителями. Часто требуется несколько встреч с ребенком и родителями, прежде чем будет собрано достаточно информации для того, чтобы разобраться в имеющихся проблемах. Родители и дети всегда чувствуют, когда у доктора не хватает времени на осмотр, когда он спешит. Это может привести к нарастанию враждебности, предубежденности или внутреннему сопротивлению.

Семейным врачам рекомендовано не спешить с постановкой диагноза и назначением фармакологической терапии во время первого визита родителей с ребенком. Правильным будет запланировать еще несколько сессий с коротким промежутком времени, например раз в неделю, чтобы лучше понять проблему пациента с позиции биопсихосоциального подхода. При таком подходе имеется достаточно времени, чтобы получить оценочные шкалы со школы и от родителей. Также семейным врачам рекомендуется в то время, когда они проводят интервью с пациентом, дать родителям лист бумаги и попросить их написать список проблем, жалоб, переживаний и семейных секретов, о которых они не хотят говорить при ребенке. В дальнейшем это позволит ускорить и организовать интервью с родителями.

**– Можно ли проводить интервью с ребенком без родителей?**

– Как правило, первичный осмотр пациента до 12 лет врач проводит вместе с родителями, в течение первых 10-15 минут наблюдая за тем, как родители и ребенок взаимодействуют друг с другом, и одновременно выслушивая жалобы. Необходимо выяснить, как пациент воспринимает свой визит к врачу, понимает ли жалобы родителей и как воспринимает их. Иногда можно встретить ребенка, который не имеет ни малейшего представления о том, почему его привели к врачу. Это позволяет сделать определенные выводы о коммуникации в семье. Затем следует опросить всех по отдельности. И наконец, в конце визита общаются одновременно со всеми членами семьи.

Информация, предоставленная родителями, часто оказывается более правдоподобной и полной, чем сведения, полученные от ребенка или подростка. Если в дальнейшем пациент будет говорить что-либо противоречащее или не совпадающее с тем, что рассказали родители, можно напрямую расспросить его об этом.

Необходимо помнить, что именно ребенок считается пациентом и, следовательно, правила конфиденциальности относятся главным образом к нему. Это значит, что доктор обязан поделиться с ребенком информацией, полученной из дополнительных источников (например, оценочных шкал) или от родителей, но не должен раскрывать конфиденциальные сведения, полученные от него самого. В самом конце визита, после отдельных встреч с родителями и ребенком, следует пригласить всех в кабинет и провести заключительную часть интервью. Здесь врач делится с семьей своими впечатлениями и рекомендациями, и все вместе стараются выработать дальнейший план терапии.

**– Какая информация о развитии ребенка с психическим расстройством может быть полезна для семейных врачей?**

– Врачам первичной практики необходимо помнить о частой коморбидной психиатрической патологии при различных педиатрических психических расстройствах.

Например, осматривая ребенка с РДВГ, обязательно обращают внимание на коморбидные расстройства развития школьных навыков. Следует провести тестирование для оценки формирования школьных навыков, IQ ребенка. Лечение РДВГ без внесения специальных изменений в школьную программу, учета особых потребностей каждого конкретного ребенка в коррекционных занятиях не приведет к положительным результатам.

Анамнез развития ребенка следует собирать очень тщательно. Всегда необходимо задавать вопросы, касающиеся протекания беременности, воздействия наркотиков и алкоголя на плод во время вынашивания, выяснять, каким темпераментом обладал ребенок до года, во время ясельного и дошкольного возраста. Для того чтобы иметь представление о темпераменте пациента, необходимо узнать, как он успокаивался, засыпал в грудном возрасте, много ли плакал, каким уровнем толерантности к фрустрации обладал. Например, если расстройство ребенка связано с темпераментом, заранее известно, что ответ на медикаментозное лечение будет минимальным, а в ряде случаев парадоксальным, противоположным желаемому. Дети, имеющие пофазно протекающее или появившееся в более позднем возрасте психическое заболевание, обычно хорошо реагируют на медикаментозную терапию.

Полезной для врача первичной практики является также попытка выяснить семейный анамнез нескольких предыдущих поколений. Например, узнав, сколько классов закончили родители, нуждались ли они в помощи в чтении и математике, можно предположить наличие в семейном анамнезе скрытого и нелеченого РДВГ или расстройства развития школьных навыков. Помимо этого, целесообразно уточнить, имела ли место в прошлом психическая травма как у родителей, так и у ребенка.

**– Почему важно собирать информацию о случаях жестокого обращения и насилия в семейной истории?**

– В семейной истории нередко удается отследить влияние случаев жестокого обращения или насилия на психическое здоровье нескольких поколений. Сбор информации о насилии в семейном анамнезе также помогает выяснить, как родители справляются с детьми с оппозиционным поведением.

Исходя из практического опыта, известно, что мать или отец, которые в детстве подвергались насилию, могут бояться собственной ярости или злости своего ребенка, что способствует формированию и закреплению у него оппозиционных форм поведения. Во время первого осмотра невозможно распознать и выяснить такую динамику, поскольку семья (и дети, и родители) обычно скрывают случаи жестокого обращения.

Родители, которые были подвержены жестокому обращению в детстве, копируют поведение своих родителей, даже если сознательно не хотят этого делать, или чувствуют себя абсолютно беспомощными, боясь проявить насилие к близким, чем провоцируют жестокость по отношению к себе со стороны собственных детей.

**– Какую информацию о психическом расстройстве можно, а какую не следует семейному врачу вносить в медицинскую документацию ребенка?**

– Врачу первичной помощи обязательно необходимо завести первичную документацию (медицинскую карту) на ребенка. Это важно для решения нескольких вопросов: во-первых, для того чтобы оградить себя от возникновения юридических и социальных проблем, во-вторых, чтобы иметь информацию для разработки дальнейшей тактики и алгоритма терапии пациента. Записи необходимы для того, чтобы

специалист мог сразу вспомнить ребенка, его особенности и проблемы при повторном обращении.

Следует описывать специфические интересы пациента, изменения в его состоянии, особенности взаимодействия в семье. Во время первого интервью можно попросить ребенка представить, что он волшебник, и спросить, какие три заветных желания он хотел бы исполнить для себя, также может быть полезным записать интересы семьи. Повторное интервью всегда начинают с выяснения позитивных изменений. Такой прием всегда помогает восстановить контакт на последующих сессиях. Он также дает понять, что доктор во время предыдущей встречи внимательно слушал и запомнил специфическую семейную информацию.

Особое внимание следует уделять истории заболевания – тому, как и когда появились симптомы психического расстройства, какие факторы спровоцировали начало заболевания, какие преципитирующие факторы стали причиной обращения к врачу. Необходимо установить, какой симптом является наиболее значимым, а именно сильнее нарушает функционирование или адаптивное поведение ребенка, как долго он наблюдается, как часто возникает, чем провоцируется, что способствует его усилению и нивелировке.

Кроме того, необходимо тщательно описывать и другие психические симптомы. В США этот раздел истории болезни называется обзором психиатрических симптомов (ROS). Раздел подобен используемому при оформлении медицинской документации в Украине описанию психического статуса. Важно отразить наличие суицидального и гомоцидного (намерения убить кого-либо) компонента и наркологических проблем, признаков мании, психоза, посттравматического стрессового, панического, депрессивного, обсессивно-компульсивного расстройств, тиков.

Далее описывают анамнез жизни и историю развития пациента – перинатальные вредности во время беременности матери, время появления основных психических, моторных и речевых навыков у ребенка. Особое внимание следует уделять появлению ходьбы, речи, указательного жеста, игры с другими детьми, повседневных и социальных навыков.

Задержки развития могут быть обусловлены травматическими событиями в истории развития пациента. Поэтому всегда следует выяснять информацию о травмах головы, судорогах, физическом и психическом насилии, был ли ребенок свидетелем несчастных случаев, жестокого обращения в доме, подвергается ли словесным оскорблениям, не страдает ли от недостаточного ухода и эмоциональной депривации. На развитие ребенка также влияют частые переезды и изменение места жительства, случаи потери работы родителями, медицинские проблемы в семье, частые смены школ, изменения значимых лиц в группе первичной поддержки. То есть, необходимо отобрать и проанализировать все возможные ситуации, которые могут быть травматическим фокусом для ребенка и, следовательно, приводить к формированию тревоги, нарушению поведения или стрессу. Очень часто дети волнуются о своих родителях гораздо больше, чем родители переживают о себе или своих детях.

**– Как во время осмотра ребенка оценить его познавательные функции?**

– Врачам первичной практики рекомендовано использовать перечень нормативов школьных навыков по классам. Эту информацию они смогут использовать при оценке психического статуса, прежде всего когнитивного функционирования детей. Семейный врач может проверить математические способности ребенка, навыки чтения.

Можно предложить ребенку прочитать одну страничку текста и попросить его пересказать. Это всегда позволяет оценить познавательные функции и сформированность

навыков чтения. В рамках исследования познавательных функций также спрашивают ребенка о его трех желаниях, амбициях, кем он хочет стать, когда вырастет, и т. д.

**– Каковы особенности осмотра детей разных возрастных групп? В какой степени совместная игровая деятельность с ребенком является эквивалентом его психиатрического осмотра?**

– Для детей дошкольного возраста совместная игровая деятельность действительно является эквивалентом его психиатрического осмотра. При обследовании необходимо вовлечь их в игру и выяснить, как долго они концентрируются на ней, могут ли взаимодействовать с другими детьми, соблюдать правила и очередность, каково содержание игры, в какой степени во время игровой деятельности дети используют воображение и фантазируют, могут ли они генерировать идеи.

У школьников совместные игры также могут быть частью обследования, дополняющего интервью. Со старшими детьми в процессе наблюдения играют в специальные настольные игры, которые способствуют разговору о чувствах или помогают проверить познавательные способности. Посредством совместной игровой деятельности можно также оценить устойчивость к фрустрации, проанализировать паттерны взаимоотношений с другими детьми. Игры помогают выяснить, умеют ли дети делиться, как реагируют на запреты, позволяют оценить их проблемно-решающее поведение.

В тех случаях, когда проблема заключается во взаимоотношениях между родителями и детьми (оппозиционное поведение), можно запланировать специальную сессию или несколько таковых, во время которых родителей и ребенка оставляют на 20 минут и предлагают им играть вместе. Наблюдая за ними, можно оценить трансакции. Затем выясняют мнение родителей и ребенка о том, как проходила игра, просят поделиться собственными наблюдениями, дают терапевтические рекомендации. Обучая родителей и детей с оппозиционным поведением навыкам совместной игры, пытаются наладить их взаимодействие и устранить его дезадаптивные формы. Очень часто такая методика является продуктивной.

**– Доктор Димер, какие рекомендации Вы даете врачам первичной практики по организации терапии детей с расстройствами психики?**

– При лечении детей необходимо придерживаться биопсихосоциального подхода. Наряду с медикаментозной терапией, ребенок обязательно должен получать психотерапевтическую помощь и посещать психотерапевтические сессии. Обычно 6-12-месячный курс психотерапии является необходимым предварительным условием, прежде чем врач примет решение о назначении психотропных препаратов.

Наши дети вовлечены в психотерапевтический процесс годами. И в большинстве случаев психотерапия необходима. Тем не менее, при некоторых расстройствах психики данный вид лечения не является основным методом. Например, при РДВГ без коморбидной симптоматики основным методом считается назначение психостимуляторов. Психотерапия во многих случаях может быть ограничена проведением психообразовательной работы с родителями.

Психообразование важно при организации психиатрической помощи детям с любым расстройством психики и поведения. Это очень эффективная форма помощи, включающая ознакомление с сутью проблемы, динамикой развития симптоматики, прогнозом, особенностями лечения расстройства. Различают психообразование на микросоциальном (для родителей, ребенка) и макросоциальном уровне (для педагогов, воспитателей, других членов группы первичной поддержки).

Очень важным является осознавание родителями роли медикаментозного лечения. Нередко прием ребенком препарата приводит к стигматизации как его самого, так и родителей, семья чувствует себя неполноценной, появляются страхи, что средство может изменить характер и личность ребенка, привести к необратимым изменениям. Дети, принимающие медикаменты, часто имеют проблемы с самооценкой. Они чувствуют, что врач и родители заставляют их принимать лекарства, что в свою очередь ведет к некомплайентности, нежеланию выполнять рекомендации врача.

В других случаях психологическое значение приема препарата заключается в том, что родители ожидают чуда и верят в то, что он быстро и полностью вылечит их ребенка. Такое отношение к приему лекарств приводит к дальнейшему разочарованию, озлоблению, преуменьшению значения психотерапевтических и социальных интервенций.

Лечение ребенка с психическим расстройством – это совместная работа коллектива специалистов, родителей и самого пациента, а не насилие и принуждение со стороны взрослых. Часто детям, страдающим РДВГ без коморбидной симптоматики, можно предложить список поведенческих мероприятий, которые будут полезными и в школе, и дома. Родителям же советуют прочесть специальные книги по данной проблеме. Список рекомендуемых книг и интернет-ресурсов для поддержки всегда должен быть у врача. Не следует рекомендовать родителям много литературы. Обычно эффективно прочтение одной-двух книг.

Не всегда при лечении психических расстройств назначение медикаментов является решением всех проблем, возникающих у ребенка и его семьи. Например, при терапии детей с оппозиционным поведением основной акцент ставится на укреплении отношений между пациентом и родителями, на работе в диадах ребенок – родитель, на семейной терапии.

Подростки находятся в стадии развития, когда им хочется быть самостоятельными и независимыми, иметь собственное мнение, пользоваться уважением и популярностью среди своих друзей, родители же отходят на второй план. В то же самое время, подросток сохраняет зависимость от родителей, у него нет работы, нет денег, он не может жить отдельно, кроме того, он испытывает потребность чувствовать защиту и стабильность со стороны семьи. Эта стадия развития ребенка по Эриксону называется сепарацией – индивидуализацией. Для нее характерно огромное количество проблем в семье, и если мы только выписываем препарат и не работаем психотерапевтически, это может привести к нарастанию протестных форм поведения со стороны подростка.

Большое внимание необходимо уделить обучению родителей тому, как и когда хвалить своего ребенка, замечать все то, что он делает хорошо, а также каким образом устанавливать правила, проводить структурирование времени и занятий, как правильно вести диалог с ребенком, чтобы вызвать минимум оппозиционного поведения. Рекомендовано использовать исключительно позитивное подкрепление для достижения желаемого поведения. Семейные терапевты в США компетентны в оказании семьям такой помощи.

Если же семейный врач предполагает наличие у ребенка расстройства из спектра аутизма, целесообразно сразу направить его к детскому психиатру или специалисту, занимающемуся по программам прикладного поведенческого анализа (ABA), флортерапии. Семейный врач также может быть своеобразным адвокатом для такого ребенка, запрашивая для него специальные сервисы.

*Интервью подготовили*
***Марина Нестеренко** и **Яна Бикшаева***

# Денис Угрин: «Раннє втручання може мати величезний вплив на траєкторію розвитку багатьох психічних захворювань»

Інтерв'ю з лікарем-консультантом у клініці Модслі в Лондоні, викладачем кафедри дитячої психіатрії Інституту психіатрії Королівського коледжу Денисом Угрином.

**– Пане Денис, які, на Ваш погляд, найбільш актуальні проблеми у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків, і в чому, власне, їхня актуальність?**

– У Великобританії приблизно 10% дітей мають психічні розлади того чи іншого типу. І це не просто симптоми захворювань, а симптоми, які супроводжуються певною дисфункцією у різних сферах життя. На сьогодні існують деякі категорії психічних розладів, поширеність яких у Великобританії невпинно зростає, у першу чергу це аутизм. Коли я починав практикувати, розповсюдженість аутизму становила один випадок на 1000, зараз це вже близько 1 на 100. На жаль, я не можу достовірно відповісти, чому так сталося. Скоріш за все, така тенденція є наслідком покращення діагностики і зростання частоти звертань. Це також стосується й інших розладів. Наприклад, збільшилася кількість випадків діагностованої депресії у підлітків. І актуальність цієї проблеми не лише у значній поширеності, але й в суттєвому економічному «тягарі хвороби» як для самої дитини, її сім'ї, так і для суспільства в цілому. Також варто пам'ятати про страждання і повсякденні проблеми таких пацієнтів. Адже більшість дітей з психічними розладами не завдають жодної шкоди оточуючим, не потребують значних затрат на нянь і спеціальні школи, але їхнє соціальне функціонування є дуже обмеженим. Звичайно ж, коли ми виявляємо таких дітей, то намагаємося їм допомогти, і дуже часто такі спроби є ефективними. Тут дуже важливим є ставлення суспільства до людей із психічними розладами, оскільки рівень організації системи охорони психічного здоров'я в суспільстві є тестом на його зрілість.

**– Якими можуть бути шляхи вирішення проблем, що існують у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків?**

– Є три основні речі, на яких слід зупинитися з цього приводу. По-перше, це попередження. По-друге – ефективне виявлення й раннє втручання. І по-третє, це довготривала реабілітація таких дітей.

Що стосується попередження розвитку тих чи інших психічних розладів у дітей та підлітків, у науковій літературі зустрічається досить мало відомостей про достовірно ефективні речі. Так, відомо, що одним із найбільш ефективних підходів для попередження психічних розладів серед дітей є хороші батьківські навички. З цією метою у

Великобританії було створено Академію батьківства, яка фінансується державою. Її заснували для того, щоб надати можливість розвинути батьківські навички у тих родинах, які цього найбільше потребують.

Друга річ, про яку треба згадати, – проблема раннього виявлення психічних розладів і раннього втручання. Це особливо важливо при таких розладах, як аутизм, – чим раніше втручання починається, тим більш помітний ефект. Зараз у Великобританії багато уваги приділяється ранньому виявленню аутизму, а саме у перші два роки життя. Це стосується й інших психічних захворювань. Раннє втручання може мати величезний вплив на траєкторію розвитку багатьох психічних хвороб.

Ще одним дуже важливим компонентом є довготривала реабілітація таких дітей. Адже важливо не просто виявити таких дітей, а й допомогти їм стати повноцінними членами суспільства.

**– Які власне можливості існують для забезпечення раннього виявлення психічних розладів?**

– Цю проблему слід розглядати з точки зору як громадського здоров'я, так і індивідуального. Що стосується громадського здоров'я, величезне значення має інформованість населення щодо ранніх симптомів захворювань. Коли людина має доступ до необхідної інформації, особливо сайтів з достовірними даними, підвищується можливість раннього виявлення таких хвороб.

З точки зору індивідуального здоров'я, основне завдання стоїть, у першу чергу, перед сімейними лікарями, які мають доступ до найширшого кола людей. Важливе значення також мають патронажні медсестри, які займаються підтримкою та санпросвітницькою роботою молодих породіль. У більш старшому віці дуже велику роль відіграють вихователі та вчителі в садочках і школах, які здатні виявити ті прояви психічних розладів, що менш очевидні вдома, наприклад неуважність.

**– Які сучасні підходи до лікування психічних розладів дитяча психіатрія як наука пропонує і які бачить ефективні форми допомоги дітям та підліткам з такими проблемами?**

– Підхід до лікування психічних розладів у дітей складається із трьох компонентів – соціального, психологічного і біологічного, або фармакологічного.

Мабуть, треба почати з психологічного компоненту, який є основним. Нещодавно уряд Великобританії визнав економічну доцільність психологічного лікування і тепер чимало інвестує у покращення доступу до нього. На чолі з професором Layard був створений проект, мета якого – збільшення доступу дітей, які мають насамперед тривожні і депресивні розлади, до ефективної психотерапії, у першу чергу когнітивно-поведінкової (КПТ). І це відбувається на рівні сімейних лікарів та їхніх відповідників. Також були розроблені дуже точні фінансові моделі, які беруть до уваги структуру безробіття у Великобританії, оцінюють можливі шанси покращення й відновлення працездатності серед людей з психічними розладами. Проект показує високу фінансову ефективність психотерапії, зокрема КПТ, при тривожних, депресивних розладах, які складають більшість причин безробіття. Усі ці події є величезним кроком вперед, і я маю надію, що все більше дітей зможуть отримувати адекватну допомогу.

Стосовно соціальних втручань, вони теж займають особливе місце у терапії психічних розладів. У першу чергу, це школа, а саме відповідні школи для відповідних дітей. Серед інших соціальних факторів, які впливають на перебіг і траєкторію симптомів, –

покращення соціальної ситуації у сім'ї, розвиток соціальної сфери дітей, залучення їх до секцій з фізичного виховання та спорту.

І останнє, про що слід зазначити, це фармакологія, яка відіграє ту чи іншу роль при різних захворюваннях. Взагалі, навчання лікарів основам фармакологічних втручань є дуже важливим, тому вивченню основ фармакотерапії в інтернатурі приділяється багато часу. На щастя, у Великобританії немає такої поліфармакотерапії, як в інших країнах. Тим не менш, побічні ефекти медикаментозного лікування, наприклад підвищення ваги при використанні антипсихотиків, є серйозною проблемою, яка вимагає мультидисциплінарного втручання. Мова йде не тільки про лікарів, а й про психологів, дієтологів та ін.

**– Останнє питання стосується реформи системи охорони психічного здоров'я дітей та підлітків загалом. Що необхідно врахувати, щоб створити ефективну систему охорони психічного здоров'я цієї категорії пацієнтів в Україні?**

– Дуже широке запитання. Мабуть, зупинимося на найважливіших аспектах. Думаю, що тут необхідно розглядати усі галузі охорони здоров'я, які займають певне місце у здоров'ї дитини. У галузі громадського здоров'я основний акцент ставиться на промоції здорового способу життя, обмеженні доступу до алкоголю, наркотиків, тютюну, пропаганді здорового статевого способу життя, фізичного виховання дітей. На рівні первинної ланки велике значення має навчання сімейних лікарів і медичних сестер. У Великобританії, наприклад, навчання сімейного лікаря після закінчення університету становить 5 років і обов'язково включає курс психіатрії, який є дуже важливим, бо саме такі лікарі займаються лікуванням 80-90% пацієнтів з депресією. На рівні вторинної ланки значення має підготовка дитячих психіатрів, яка у Великобританії триває 8 років після закінчення університету, та інших членів мультидисциплінарних команд, які працюють разом із лікарями. В першу чергу, це психологи, соціальні працівники, медичні сестри, трудотерапевти, логопеди, спеціалізовані вчителі та ін. У Великобританії відійшли від системи охорони здоров'я, орієнтованої на терапії у стаціонарі. Основне лікування відбувається амбулаторно, в тому числі й у первинній ланці. Чи підходить така модель для України? Важко сказати. Є багато факторів, які на це впливають. Найважливішим з них є підготовка сімейних лікарів. Але для того, щоб сімейний лікар навчився правильно лікувати пацієнтів із психічними розладами, недостатньо прослухати курс лекцій. Необхідно певний час практикувати разом із психіатром та членами мультидисциплінарних команд в рамках інтернатури. Якщо ж говорити про динаміку розвитку охорони психічного здоров'я дітей у Великобританії в цілому, можна стверджувати, що за останні кілька десятиліть відмічається чітка тенденція зменшення фармакологічного і шпитального компоненту лікування, розширення психологічної та соціальної допомоги, підвищення уваги до профілактики й громадського здоров'я.

*Підготувала* ***Тетяна Ільницька***

# Джеймс Димер: «Чем раньше будет проведена интервенция, тем больше шансов, что ребенок с аутизмом максимально приблизится к нормальной траектории психического развития»

Интервью с Джеймсом Димером (James Demer) – профессором кафедры детской психиатрии Медицинского университета SUNY Upstate штата Нью-Йорк, заведующим детским отделением Хатчингского психиатрического центра (Сиракузы, США).

**– Доктор Димер, расскажите о вашем отделении. С какими расстройствами наиболее часто приходится иметь дело?**

– В нашем отделении мы оказываем психиатрическую помощь детям в возрасте от 5 до 12 лет. Отделение рассчитано на 11 коек. Большинство наших пациентов – из семей с низким достатком, пользующихся федеральной страховкой Madicaid. Многие дети поступают в наше отделение в связи с антисоциальным, агрессивным поведением. Кроме того, есть те, которые страдают расстройством с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ) и имеют коморбидные нарушения настроения. Большинство детей имеют коморбидные расстройства школьных навыков. У многих пациентов диагностируют расстройства из спектра аутизма.

**– По данным МЗ Украины, заболеваемость в этой группе расстройств с 2006 по 2009 гг. выросла в 2,2 раза. Показатель распространенности аутизма стабильно увеличивался в течение 3 последних лет: в 2007 г. – на 28,2%; в 2008 г. – на 32%, в 2009 г. – на 27,2%. Как вы считаете, с чем это связано?**

– Я думаю, что рост заболеваемости аутизмом в США прежде всего связан с улучшением диагностики. Врачи общей практики, семейные врачи, психиатры и родители получают много информации о симптомах аутизма. В обществе повысилось осознание тяжести социальных последствий этого заболевания, важности для его исхода ранней диагностики и реабилитационных мероприятий.

В тоже время, сегодня, более чем когда-либо, мы рассматриваем аутистическое расстройство как спектр, на одном конце которого находятся классические больные, описанные Каннером, характеризующиеся полным отсутствием речи, стереотипным поведением и минимальными социальными навыками, на другом – дети с состояниями, которые называют первазивными расстройствами развития, и они, несмотря на некоторый дефицит социальных навыков и качества общения, тем не менее, функционируют на относительно высоком уровне. Существует также расстройство

Аспергера, которое попадает, примерно, в середину спектра, между диагнозом классического аутизма и первазивного расстройства. У детей с расстройством Аспергера когнитивное функционирование не нарушено, они обладают достаточно хорошими вербальными навыками, но при этом испытывают значительные трудности при социальном взаимодействии.

Я склонен рассматривать симптомы аутизма не как проявления одного специфического заболевания, а как неотъемлемую часть различных неврологических и психических расстройств. Таким образом, аутизм можно рассматривать как синдром задержки общего развития.

Интересно, что много лет назад диагноз умственной отсталости использовался в США достаточно широко. У многих детей с умственной отсталостью наблюдались также симптомы аутизма, тем не менее, основным диагнозом являлась умственная отсталость. В настоящее время таких пациентов мы будем диагностировать как страдающих расстройством из спектра аутизма, а умственную отсталость квалифицировать лишь как коморбидное состояние. Известно, что 70% детей с классическим аутизмом являются умственно отсталыми.

Такая тенденция в диагностике, сложившаяся в настоящее время, скорее всего, является результатом давления родителей и средств массовой информации, цель которых – уменьшение стигматизации детей и их семей. Диагноз аутизма для родителей и общества – социально более приемлемый, чем стигматизирующий диагноз умственной отсталости.

В недалеком будущем, после принятия DSM-V, мы будем классифицировать детей не как умственно отсталых, а имеющих ограниченные интеллектуальные возможности. Существует организация, занимающаяся проблемами таких детей, – Агентство по вопросам умственной отсталости и нарушений развития. В будущем планируется также изменить ее название и сделать его менее стигматизированным.

В США системы, оказывающие помощь детям с умственной отсталостью, а также страдающим психическими расстройствами, функционируют раздельно. Пациентам с расстройствами из спектра аутизма может быть оказана психиатрическая помощь, если их IQ более 50 баллов и они в состоянии выполнять задания определенного социального уровня. К слову, одним из критериев для госпитализации в наше детское психиатрическое отделение является наличие у ребенка IQ выше 50. Большинство детей, попадающих в наше отделение, имеют IQ 70-80 – уровень, который мы называем нижней границей среднего интеллекта. Такие ограничения обоснованы тем, что большинство реабилитационных программ в отделении требуют определенных когнитивных возможностей для участия в них.

**– Вы говорили о готовящихся изменениях в DSM-V. Насколько радикально могут быть пересмотрены диагностические критерии расстройств из спектра аутизма?**

– В настоящее время несколько рабочих групп работают над изменениями классификационной системы расстройств спектра аутизма. Из систематики, скорее всего, будет исключен диагноз синдрома Аспергера. В целом, наблюдается движение в сторону расширения диагностических границ расстройства. По-видимому, все дети со значительным

дефицитом социальных навыков и реципрокного социального взаимодействия будут включены в нарушения спектра аутизма, а затем они будут рассматриваться по уровням тяжести их социальной дисфункции с выделением легкой, средней и тяжелой форм. Предполагается, что останется понятие расстройства из спектра аутизма, но не отдельных форм заболевания, таких как первазивное расстройство развития или синдром Аспергера.

Существует мнение, что это приведет к возникновению большого количества проблем, поскольку многие родители и доктора привыкли соотносить определенные клинические проявления аутизма с различными диагнозами. Многие клиницисты считают, что исключение диагноза синдрома Аспергера из DSM-V – неуважительный акт по отношению к той большой исследовательской и практической работе и знаниям, которые были получены за прошедшие десятилетия. С другой стороны, такая классификация значительно упрощает диагностическую процедуру.

Сложно не признать и то, что терапия детей с расстройствами из спектра аутизма любой тяжести очень похожа. Базовые проблемы расстройства – социальная некомпетентность и коммуникационный дефицит, особенно у больных без речи, остаются определяющими объектами терапии. Содержанием терапии является навязывание ребенку развития посредством ранних специальных тренингов. В рамках психообразовательной программы семьи также должны получить информацию о том, что расстройство – не результат неправильного воспитания или органического поражения мозга, а связано с нарушением нейронального развития, его резко выраженной дисгармоничностью, незрелостью нервной системы, которая приводит к дефициту социальных навыков.

**– Расскажите, пожалуйста, подробнее о процедуре диагностики расстройств из спектра аутизма у детей. Какой алгоритм принятия решения вы используете при коморбидных нарушениях?**

– Существует два подхода к последовательности действий при оценке состояния ребенка с психическими расстройствами: от оси I (диагноз) к оси V (уровень дисфункциональности в обществе) или в обратном направлении, от оси V к оси I. В своей практике я предпочитаю начинать с оси V, первым делом определяя сферы ухудшения функционирования, проявляющиеся в различных трудностях социального взаимодействия дома, в школе или дошкольном учреждении. Далее я определяю, какой именно симптом вызывает нарушение социального функционирования. Такой подход я использую при оценке всех своих пациентов, независимо от предполагаемого диагноза.

Дети с нарушениями общего развития – первазивными расстройствами, аутизмом, умственной отсталостью, как и дети общей популяции, могут иметь любые психические заболевания, такие как шизофрения, биполярное, тревожное расстройства, депрессия. Однако лечение психических патологий у детей с нарушениями или задержками развития – более сложная задача. Реакция таких детей на терапию является менее предсказуемой, вероятность побочных эффектов и отсутствия адекватного терапевтического ответа – более высокой.

В США дети, попадающие на прием к детскому психиатру, обычно имеют несколько диагнозов по оси I DSM-IV. У пациентов с расстройствами из спектра аутизма могут быть диагностированы 3-4 коморбидных расстройства. Дети с психическими расстройствами, получающие медицинскую помощь у педиатров, семейных врачей, врачей общей практики, чаще имеют по оси I единственный диагноз.

**– Встречались ли в вашей практике ситуации, когда у детей с первазивным расстройством развития одновременно диагностировалось РДВГ?**

– Честно говоря, я никогда не видел ребенка с первазивным расстройством развития, который не имел бы РДВГ. Эти два состояния практически всегда сосуществуют, и, скорее всего, РДВГ как симптомокомплекс является частью клинических проявлений первазивного расстройства. На мой взгляд, целесообразнее использовать один диагноз, который включал бы в себя больше симптомов, чем одновременно диагностировать два разных расстройства. Нет необходимости при аутизме выставлять дополнительный диагноз РДВГ.

Необходимо отметить, что нарушения внимания у детей могут иметь разную этиологию. Например, невнимательностью могут сопровождаться тревожные расстройства, задержки развития когнитивных функций. Невнимательность может быть связана с психической травмой и школьным стрессом. Иногда дети, фрустрированные в школе, могут не полностью понимать ожидания окружающих людей и выглядят рассеянными. Такие рассеянность и невнимательность при расстройствах из спектра аутизма, по-видимому, имеют различную природу. Установлено, что дети с первазивными расстройствами развития имеют невербальные сложности с обучением, обусловленные дефицитом невербальной когниции и перцепции, что также может выглядеть как невнимательность. Показано также, что некоторые дети, не страдающие первазивным расстройством развития, после стресса могут демонстрировать нарушения отражательной деятельности и недоосмысление ситуации, напоминающие нарушения социальной реципрокности.

По моим личным наблюдениям, в тех случаях, когда ребенок страдает первазивным расстройством и РДВГ, симптомы РДВГ не реагируют так предсказуемо на терапию психостимуляторами, как у детей с классическими вариантами этого заболевания. Я думаю, что это также можно объяснить тем, что невнимательность, гиперактивность и импульсивность у детей с первазивными расстройствами часто имеют другую природу и большую тяжесть симптомов.

**– Насколько часто у детей с первазивным расстройством развития могут быть диагностированы биполярное и тяжелое депрессивное расстройства?**

– В целом в США методология постановки диагноза биполярного расстройства у детей очень противоречива. Существует несколько школ, которые имеют различные точки зрения на эту проблему. Так, например, бостонская группа диагностирует биполярное расстройство в 15-20% случаев тяжелой эмоциональной нестабильности, агрессивности и раздражительности, в то время как в нашей клинике данное заболевание диагностируют крайне редко, примерно у 1% таких детей. В таких случаях мы чаще используем диагноз неуточненного расстройства настроения.

Бостонская группа в свое время опубликовала серию статей, в которых был описан широкий полиморфизм фенотипа биполярного расстройства у детей. Ученные описали выборку детей с тяжелыми эмоциональными и поведенческими нарушениями, которые квалифицировали как биполярные. Затем эта же когорта детей была обследована несколько лет спустя, уже во взрослом возрасте, и оказалось, что почти ни у кого из них не было выявлено симптомов, соответствовавших проявлениям биполярного расстройства у взрослых. С тех пор практика расширительной диагностики биполярного расстройства у детей была пересмотрена.

В США и сегодня у детей с первазивными расстройствами развития может быть ошибочно диагностировано биполярное расстройство. Это связано с тем, что такие пациенты часто страдают от тяжелых приступов импульсивной агрессии, раздражительности, имеют тяжелые нарушения сна, поведения и настроения. Я придерживаюсь точки зрения, что у таких детей причиной эмоциональной нестабильности чаще являются коморбидные тревожные расстройства и РДВГ. Биполярное расстройство у детей с первазивными нарушениями развития может быть диагностировано очень редко.

**– Доктор Димер, в последнее время много говорят о роли генетических факторов в генезе психических заболеваний. С какими генетическими мутациями связаны расстройства из спектра аутизма?**

– Как и большинство психических заболеваний, аутизм является полигенным расстройством. Различные генные мутации могут быть ответственны за клинические проявления синдрома. Известно, что такие состояния, как синдром ломкой Х-хромосомы и туберозный склероз часто ассоциированы с расстройствами из спектра аутизма. Аутистические симптомы могут быть проявлениями других заболеваний, например, при шизофрении больные имеют определенный дефицит межличностного взаимодействия.

**– Расскажите, пожалуйста, о системе помощи детям с аутизмом в США. Как организованы ранняя диагностика и комплекс ранних вмешательств?**

– Ни для кого не секрет, что чем скорее начинается терапия расстройств из спектра аутизма, проводятся реабилитационные интервенции, социальные мероприятия, тем лучше результаты. Мы всегда подчеркиваем важность раннего начала социальных мероприятий. Чем раньше будет проведена интервенция, тем больше шансов, что ребенок с аутизмом максимально приблизится к нормальной траектории психического развития. Терапию вовлечением в повседневную деятельность, так же как и тренинги, направленные на развитие у ребенка коммуникационных навыков, нередко начинают с возраста 1-2 лет.

В США основными при терапии аутизма традиционно являются немедикаментозные методы, направленные на навязывание ребенку коммуникации и восстановление развития. Применяемые интервенции обычно включают разноцелевые тренинги для коррекции задержек развития мелкой и крупной моторики, зрительно-моторной координации, устранение сенсорных расстройств и стереотипий. Терапия может

включать помощь логопедов, специалистов по невербальным методам коммуникации. Тренинги невербальной коммуникации часто проводят с использованием картинок, пиктограмм, языка жестов или других более систематизированных инструментариев, например, коммуникационной системы обмена изображениями (PECS). Последний удобен тем, что может применяться у лиц, которые не используют речь, или которые могут говорить с ограниченной эффективностью (испытывают трудности артикуляции или построения фразы, не проявляют инициативы в общении). В школе и дошкольных учебных заведениях детям с первазивными расстройствами развития предоставляется индивидуальный план обучения, включающий занятия, направленные на приобретение социальных навыков, когнитивно-фокусированные упражнения, мероприятия для коррекции поведения.

В США широко используется прикладной поведенческий анализ (ABA) – интенсивная поведенческая программа, предназначенная для формирования желаемого поведения через подкрепление. Первоначально предполагалось, что тренинги по ABA будут проводиться в течение 40 часов в неделю, при этом специалист будет приходить на дом. К сожалению, такую интенсивность занятий обеспечить удается не всегда. Для применения ABA требуются специалисты, прошедшие специальное годичное обучение. Даже в США таких недостаточно, вследствие этого данная программа недоступна для большинства детей с первазивными расстройствами развития. Иногда ABA проводится менее интенсивно. Так, например, программа предоставляется в дошкольных учреждениях и начальной школе по специальному протоколу: ежедневно, в классе, в течение 1-2 часов.

Иногда ABA можно получить только на условиях частной оплаты терапии. Это – серьезное бремя для семьи больного ребенка, поскольку ABA является очень дорогой услугой. На нашей кафедре недавно открылась такая программа, которую проводит дипломированный специалист по прикладному поведенческому анализу, доктор Роан (Roan). В рамках этой программы он работает с ребенком в течение 2 часов ежедневно, на протяжении 6 месяцев. Вместе с ним работают 4-5 ассистентов, которые максимально точно протоколируют любые изменения в поведении ребенка в ответ на каждое изменение интервенции. Терапия должна быть длительной, интенсивной и непрерывной, что позволяет очень постепенно формировать более приемлемое поведение ребенка. Родители также включены в программу.

Кроме того, в США для терапии аутизма часто используют программу «Техники последовательных минимальных вмешательств» (Floortime technique). По-существу, она является разновидностью детской игровой терапии и частью глобальной терапевтической стратегии, именуемой моделью, основанной на развитии индивидуальных различий и взаимодействия (DIR). Программу разработал детский психиатр С. Гринспен (S. Greenspan) в качестве специальной формы игровой терапии, направленной на развитие коммуникационных навыков во взаимоотношениях с родителями, достижение эмоциональной взаимности и включенности ребенка. В начале терапии у ребенка с первазивными расстройствами развития идентифицируются области социального и коммуникационного дефицита, а затем игра используется как инструмент, развитие которого помогает детям приобрести

новые навыки. Идея заключается в том, что игра – это естественный путь, посредством которого большинство детей приобретают навыки общения. Ребенок с расстройством из спектра аутизма, как правило, не умеет играть, и задача состоит в том, чтобы научить родителей играть вместе с ним. Наибольшие трудности в начале терапии обусловлены необходимостью привлечения и более или менее продолжительного удержания внимания детей с аутизмом. Последующими терапевтическими задачами являются вовлечение ребенка в игру и достижение эмоциональной взаимности с родителями. На последующих этапах вмешательства игры усложняются, а вовлечение ребенка в игру проводится для обучения его социальным навыкам. Для использования этой программы необходимы специалисты, прошедшие специальное обучение.

Как DIR, так и ABA предполагают постепенные, медленные изменения и больше рассчитаны на применение в домашних условиях в течение продолжительного времени, часто годами. Важное условие эффективности терапии – активное участие в ней родителей ребенка. От команды специалистов, вовлеченных в оказание помощи ребенку-аутисту и его родителям, требуются большое терпение и тщательный обмен информацией. Командный подход наиболее эффективен, поскольку один человек не может удовлетворить потребности ребенка с первазивными расстройствами развития в специализированной помощи: пациент должен одновременно получать помощь от логопеда, терапевта, работающего над включенностью, специалистов ABA или DIR, как дома, так и в школе.

**– Существуют ли в США, помимо ABA и DIR, программы специальной социальной помощи, которой могут воспользоваться дети с различными психическими расстройствами?**

– Да, мы имеем довольно разнообразные возможности помощи семьям с детьми, страдающими психическими расстройствами. Например, мы можем затребовать предоставление такому ребенку специального дополнительного сервиса в школе или дома. Специалисты могут помочь ребенку с первазивным расстройством развития приобрести навыки социального взаимодействия, необходимые в повседневной жизни, обучить родителей правильному реагированию на его особые потребности.

Социальные службы могут предоставить родителям так называемый respite care. Это – сервис, осуществляемый сотрудником специализированной компании в виде краткосрочного ухода за ребенком, позволяющий родителям проводить по 2-4 часа вне дома несколько дней в неделю и отдыхать от забот. Мы также стараемся уделять внимание состоянию здоровья родителей и помогать им в получении необходимой медицинской, психологической, психиатрической и социальной помощи. В семьях, в которых есть ребенок, страдающий аутизмом, всегда пытаемся оценить семейные психосоциальные условия жизни – фактор, который может способствовать ухудшению состояния ребенка при любом диагнозе. Мы исследуем семейную динамику и стараемся предоставить сервис, помогающий улучшить обстановку в доме. Особое внимание уделяется ситуациям жестокого обращения, физического насилия, запущенности.

**– Вы рассказали о немедикаментозных интервенциях. А насколько распространена в США фармакотерапия аутизма?**

– Фармакологическое лечение детей с аутизмом сводится к лечению наиболее тяжелых симптомов. Основные проявления расстройств из спектра аутизма следует все же лечить с помощью психосоциальных вмешательств. Когда мы говорим о фармакотерапии таких детей, всегда необходимо спрашивать себя: а чего именно мы ожидаем от медикаментов? Многие родители надеются, что препараты могут устранить базовые симптомы аутизма, такие как расстройства речи, отсутствие социальных навыков. Мы не должны поддерживать у них такие ожидания. Совершенно очевидно, что медикаменты не могут вылечить аутизм.

Тем не менее, дети с аутизмом часто имеют значительные проблемы со сном, вниманием, импульсивностью, агрессией, тревогой, лабильностью настроения. Мы оцениваем тяжесть нарушений функционирования, которые эти симптомы вызывают у ребенка, степень их влияния на повседневное функционирование и, если нарушения тяжелые, используем психофармакотерапию.

С родителями всегда обсуждаются возможные варианты лечения коморбидных симптомов. Медикаментозное лечение обычно начинается с наиболее безопасных препаратов, которые имеют самый благоприятный профиль побочных эффектов. Так, при нарушениях сна вначале мы рекомендуем мелатонин, который в США можно купить в аптеке или в продуктовом магазине без рецепта.

Если мелатонин не работает, и кроме нарушений сна ребенок страдает еще и от общей повышенной возбудимости, раздражительности, ночных кошмаров, назначается тразодон (гетероциклический антидепрессант) или клонидин ($\alpha$-агонист).

При аутизме с коморбидным РДВГ в США широко используются психостимуляторы. Терапия психостимуляторами отличается высокой эффективностью и безопасностью. При тяжелых нарушениях настроения, импульсивной агрессии могут быть назначены атипичные антипсихотики.

Перед назначением атипичных антипсихотических средств мы стараемся максимально использовать возможности психосоциальной помощи ребенку с первазивными расстройствами развития. Важно помнить, что аффективная нестабильность при аутизме часто является результатом других дисфункциональных нарушений у ребенка, например, следствием его неспособности к качественной коммуникации, неумения выразить свои потребности, что приводит к фрустрации. Отсутствие реципрокности, неспособности формировать значимые отношение с другими людьми может приводить к тому, что такие дети стоновятся жертвами постоянных насмешек и издевательств в школе, что в свою очередь приводит к агрессивности, нестабильности и лабильности настроения.

**– Расскажите, пожалуйста, подробнее о показаниях для применения психостимуляторов у детей с расстройствами из спектра аутизма. Насколько эффективна и безопасна такая терапия?**

– Если аутизм сочетается с симптомами РДВГ, которые выражены в школе и в семье, а также подтверждены на основании квалификации результатов скрининга с использованием специальных опросников для учителей и родителей, назначают небольшие

дозы психостимуляторов. Если имеются основания для терапии психостимуляторами, рекомендуются именно они, а не атипичные антипсихотики. Психостимуляторы могут быть очень эффективны у детей с расстройствами из спектра аутизма. Еще одно их преимущество заключается в том, что в течение одного дня можно выяснить реакцию ребенка на препарат. На протяжении одного дня после приема первой дозы метилфенидата есть вероятность получить значительное улучшение состояния ребенка. При этом, если психостимулятор приведет к усилению ажитации, эмоциональной нестабильности, можно тотчас прекратить лечение.

Следует также отметить, что психостимуляторы эффективны не только при РДВГ, а также при аутизме с коморбидными нарушениями активности и внимания. Побочные действия психостимуляторов менее опасны и приносят гораздо меньше вреда, чем, например, таковые при применении атипичных антипсихотиков. Я считаю, что симптомы РДВГ у ребенка с аутизмом необходимо лечить психостимуляторами. Не попробовать терапию данными препаратами означает не оказать помощь такому ребенку.

**– Вы упоминали, что в США у детей с аутизмом редко диагностируют коморбидное биполярное расстройство. Означает ли это, что стабилизаторы настроения у таких детей не находят широкого применения?**

– Действительно, применение стабилизаторов настроения у детей имеет некоторые ограничения. Что касается использования вальпроевой кислоты, антиконвульсантов и других нормотимиков, таких как литий, то обычно при назначении этих препаратов мы учитываем несколько факторов. Один из них – стабильность семьи, поскольку применение этих препаратов связано с необходимостью очень четкого и постоянного мониторирования побочных эффектов и крови ребенка. Семья должна быть в состоянии поддерживать специальную диету, которой требуют эти медикаменты, не пропускать приемы врача и не забывать давать препараты ребенку.

Применение вальпроевой кислоты сопряжено с большим количеством побочных явлений, таких как значительное повышение веса, тромбоцитопения, нарушение функции печеночных ферментов и т. д. У девочек-подростков я вообще не использую этот препарат во избежание такого осложнения, как синдром поликистоза яичников. В своей практике я чаще вижу позитивный терапевтический эффект, когда не применяю вальпроевую кислоту для монотерапии, а назначаю ее в комбинации с другими препаратами.

Из тимоизолептиков в своей клинической практике я отдаю предпочтение литию. Согласно собственному опыту, литий является более эффективным препаратом для лечения расстройств настроения и возбудимости у детей в больничных условиях. Однако при выборе терапии прежде всего следует обращать внимание на потенциальный риск побочных реакций, которые могут причинить значительный вред здоровью ребенка, таких как снижение функции щитовидной железы, повышение веса, нефротоксичность. Необходимость постоянного мониторинга уровня лития в сыворотке крови и частое появление у детей таких признаков интоксикации литием, как тремор, тошнота, раздражительность и полиурия, не позволяют применять препарат в детской практике широко.

**– А насколько распространено в США назначение атипичных антипсихотиков детям? Какие препараты и с какого возраста вы применяете?**

– При лечении ажитации и импульсивной агрессии, ассоциированной с расстройствами из спектра аутизма, обычно используются два препарата, которые получили одобрение FDA для детской практики, такие как арипипразол и рисперидон (*прим. ред.*: арипипразол не зарегистрирован в Украине для лечения аутизма у детей и подростков; рисперидон (раствор) зарегистрирован в Украине для терапии аутизма у детей старше 5 лет). Лично я отдаю предпочтение рисперидону. Мой клинический опыт свидетельствует, что рисперидон у детей с расстройствами из спектра аутизма является более эффективным терапевтическим средством, чем арипипразол. Я использую этот препарат чаще, получая более стабильный терапевтический ответ. Кроме того, по моим наблюдениям, рисперидон у таких детей обеспечивает дополнительный анксиолитический эффект. Следует отметить, что арипипразол в меньшей степени, чем рисперидон, влияет на набор веса, но чаще вызывает акатизию и усиление тревоги. Также для формирования терапевтического эффекта при терапии арипипразолом требуется больше времени, чем при лечении рисперидоном. Поэтому, если нет никаких специальных противопоказаний, я начинаю лечение ажитации и импульсивной агрессии с рисперидона. За исключением тех случаев, когда ребенок страдает ожирением. Тогда начинать психофармакотерапию следует с назначения арипипразола.

Что касается зипразидона, то, по моему мнению и мнению моих коллег, препарат не оправдывает ожиданий у детей с первазивными расстройствами развития (*прим. ред.*: зипразидон не зарегистрирован в Украине для лечения аутизма у детей и подростков). Он оказался неэффективным при лечении агрессии и ажитации у детей с расстройствами из спектра аутизма. FDA на слушаниях, посвященных применению атипичных антипсихотиков в детской практике 10 июня 2010 г., не одобрило использование данного лекарственного средства для лечения биполярной мании у лиц в возрасте 10-17 лет. В качестве возражений указывалось, что для подгруппы детей в возрасте 10-14 лет и пациентов с массой тела менее 45 кг не доказано превосходство медикамента над плацебо. Спектр побочных эффектов препарата имеет некоторые особенности. В частности, терапия зипразидоном не сопровождается набором веса, но опасения вызывает удлинение интервала QT.

FDA на заседании 10 июня 2010 г. одобрило кветиапин и оланзапин для лечения шизофрении и маниакальных эпизодов биполярного расстройства у подростков (*прим. ред.*: кветиапин и оланзапин в Украине не зарегистрированы для применения у детей). На мой взгляд, оланзапин очень эффективен при тяжелых проявлениях агрессии и тяжелых формах тревожных расстройств. Однако я использую его как препарат третьего или четвертого ряда выбора из-за тенденции вызывать быстрый набор веса. Если все же начинаю лечение оланзапином, то комбинирую его с метформином (статином, который способствует предотвращению набора веса). Имеются сообщения об успешном применении метформина в лечении больных с ожирением без нарушения толерантности к глюкозе и сахарного диабета, в том числе детей и подростков. Однако наибольший интерес на сегодняшний день вызывает тот факт, что метформин, согласно результатам исследования Diabetes Prevention Program, способен предотвращать или отсрочить развитие сахарного диабета 2-го типа у лиц в доклинической стадии этого заболевания.

Некоторые дети с коморбидными эпилепсиями вместе с оланзапином получали топирамат, который препятствовал набору веса. К сожалению, тимоизолептические свойства препарата не опираются на данные доказательной медицины и не подтверждаются клиническим опытом.

**– Доктор Димер, как вы оцениваете альтернативные методы лечения, такие как бесказеиновая и безглютеновая диета, дельфинотерапия, хелирование?**

– Мы исходим из того, что любая терапия должна иметь минимальный риск для ребенка. Необходимо всегда взвешивать преимущества и побочные эффекты любого вмешательства.

Например, хелатная терапия, или хелирование – очищение организма от тяжелых металлов, сейчас используется редко, так как риск возникновения медицинских осложнений этого метода лечения очень высок и превышает предполагаемые выгоды. В целом, побочные эффекты от инвазивных методов лечения необоснованно высоки.

Бесказеиновые и безглютеновые диеты характеризуются несравненно меньшим риском для ребенка. В США иногда можно встретить родителей, которые являются сторонниками такой диетотерапии. Однако найти ребенка с аутизмом, родители которого придерживались бы строгой бесказеиновой и безглютеновой диеты длительное время, достаточно сложно. Данные о полезности такой диеты остаются противоречивыми.

Необходимо помнить о том, что дети с аутизмом имеют различную тяжесть течения заболевания. Иногда пациенты, у которых был диагностирован аутизм, и которые выглядели как аутисты в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, с течением времени и под действием психосоциальных интервенций демонстрируют значительный прогресс в развитии и не выглядят больными в более позднем возрасте. Вероятно, именно такие дети продемонстрируют определенную пользу специальных диет. В таком случае мы задаемся вопросом, действительно ли улучшение произошло благодаря использованию пищевых добавок и диет или же это результат успешных медико-социальных вмешательств.

К примеру, в настоящее время я лечу двух 7-летних близнецов, мальчика и девочку, с диагностированным в возрасте 18 месяцев аутизмом, живущих в одной семье. Изначально считалось, что оба ребенка находятся на одном уровне развития и имеют одинаково тяжелые уровни дисфункциональности. Дети проходят интенсивную терапию по программе ABA на дому. С течением времени ситуация изменилась. В настоящее время мальчик по-прежнему имеет тяжелые нарушения: у него отсутствует речь, имеется интеллектуальная недостаточность, в то время как девочка больше не выглядит аутичной. Мы знаем, что при аутизме главным прогностическим фактором является сохранение интеллектуальных способностей, IQ ребенка. Большое значение имеют и гендерные различия.

Таким образом, на сегодняшний день не существует научных доказательств того, что бесказеиновые и безглютеновые диеты способствуют излечению от аутизма. Многие родители верят в силу альтернативного лечения, но это не опирается на научно доказанные факты и не поддерживается дипломированными специалистами.

Однако такая пищевая добавка, как мелатонин, рассматривалась изначально как альтернативное лечение для нарушений сна, а в настоящее время стала стандартом

клинической практики для терапии инсомнии не только у детей с расстройствами из спектра аутизма, но и при нарушениях сна в рамках любых заболеваний психики у детей.

Другая альтернативная методика – лечение детей с расстройствами из спектра аутизма антигрибковыми препаратами. Идея заключается в том, что нарушения флоры желудочно-кишечного тракта приводят к аутистическим нарушениям. Многие клиницисты считают, что при терапии антигрибковыми препаратами риск и серьезность побочных эффектов привышают потенциальное полезное действие. Конечно же, существуют семьи, которые утверждают, что такое антигрибковое лечение помогло их детям. Но я лично не рекомендую его своим пациентам, а использую только те препараты, которые подтверждены стандартами доказательной медицины.

Что касается дельфинотерапии, в США ее используют редко, в основном это практикуется в южных штатах. В нашей местности мы имеем опыт широкого применения терапии общением с котятами, щенятами, птицами (особенно утками) и лошадьми. Многие дети с расстройствами из спектра аутизма хорошо реагируют на такое лечение. Существуют агентства, которые организовывают летние лагеря для детей-аутистов, в которых интенсивно проводят терапию, используя лошадей и других животных. Ее применяют не только при первазивных расстройствах развития, но и при сенсорных нарушениях. Мы рассматриваем этот метод как разновидность терапии включением, о которой мы говорили ранее. Риск таких интервенций низкий, а польза очевидна: они предлагают хорошие возможности для социализации ребенка и родителей, способствует развитию сенсорных и социальных навыков.

Существует значительное количество книг, демонстрирующих пользу терапии животными. Многие семьи говорят о прогрессе в социализации подвергнутых такому лечению детей. В моей практике было одинаковое количество детей, хорошо реагировавших на терапию с животными, со значительным улучшением состояния, и таковых без изменений после данного лечения. Если я встречаю родителей, которые хотят попробовать терапию животными или диету, и риск негативных последствий такого вмешательства оцениваю как невысокий, я их поддерживаю. В большинстве случаев для родителей иметь поддержку от врача означает очень многое. Родители детей с аутизмом хотят чувствовать, что они сделали все возможное для своего ребенка. Они часто испытывают чувство вины, растерянности. Поэтому я всегда уважаю родительское желание помочь своему ребенку и поддерживаю их.

*Подготовила* ***Марина Нестеренко***

# Терапевтичне батьківство: роль прийомних батьків у зціленні дітей з розладами прив'язаності

*О.І. Романчук,*
*навчально-реабілітаційний центр «Джерело», м. Львів*

В останнє десятиліття в Україні інтенсивно розвивається інститут замісних форм сімейної опіки (прийомні сім'ї, дитячі будинки сімейного типу тощо). Велика частина дітей, котрі приходять з інтернатних закладів чи дисфункційних сімей у прийомну родину, мають виражені порушення у сфері психічного здоров'я, зокрема розлади прив'язаності, розлади зі спектра посттравматичного стресового, поведінкові тощо. Прийомні батьки стикаються з дуже непростим завданням створення терапевтичного середовища, у якому в дітей можуть сформуватися стосунки безпечної прив'язаності, а тому батьками мають бути створені належні умови для психологічного оздоровлення цих дітей та відновлення траєкторії їх здорового психологічного розвитку. Це дуже непросте завдання, для якого прийомні батьки потребують належної підготовки, фахового супроводу та тісної співпраці зі спеціалістами сфери охорони психічного здоров'я та соціальної опіки. Лише при забезпеченні цих умов реалізація в Україні проекту деінституалізації та розвитку сімейних форм опіки може бути успішною.

## Історична преамбула: від теорії прив'язаності до деінституалізації та розвитку сімейних форм опіки

Як співтовариство ми дуже довго йшли до того, щоб збагнути й усвідомити, наскільки кожній дитині важливі люблячі стосунки з батьками від самого народження. Погляди на виховання дітей змінювалися в різні епохи. Ще досить недавно ставився акцент на «належному» вихованні дитини, відповідності певному ідеалові, «нормі», але усвідомлення важливості стосунків, відчуття емоційної близькості, безпеки, безумовного прийняття доволі часто не були у центрі уваги. Довгий час і суспільна система турботи про дітей-сиріт піклувалася лише про їхні елементарні потреби – дитина мала бути нагодована, одягнена і максимально захищена від інфекційних хвороб. Тож попри те, що будинки дитини та інтернатні заклади допомагали дітям фізично вижити і вирости, давали їм певну шкільну освіту, незважаючи на те, що дитина могла там досвідчити «вкраплення доброти» в особі окремих вихователів, ці заклади не могли дати критично важливого соціального досвіду близьких люблячих стосунків, без якого неможливий благополучний психологічний розвиток дитини.

Будинок дитини, інтернат не можуть замінити дитині дім. Усвідомлення цього прийшло у суспільну свідомість у 50-х рр. минулого століття у зв'язку із появою теорії прив'язаності*, сформульованої британським дитячим психіатром Д. Боулбі. Ця теорія викликала справжню революцію у дослідженні раннього розвитку дитини. Сьогодні теорія прив'язаності знайшла своє підтвердження і подальший розвиток у великій кількості наукових досліджень та практичних розробок. Отже, Д. Боулбі, досліджуючи у повоєнні роки долю дітей-сиріт, які були вихованцями інтернатів, виявив, що існує прямий зв'язок між антисоціальною поведінкою, відсутністю емпатії, порушенням здатності до побудови зрілих стосунків із соціальною депривацією у ранньому дитинстві. У своїй доповіді для Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) 1951 р. він наголошував на негативних наслідках виховання дитини в інтернатних закладах і вказав на ключову роль сім'ї у розвитку дитини. Вчений підкреслював, що стосунки прив'язаності, які формуються у дитини з її батьками, є основою всього подальшого благополучного розвитку: «Здатність створювати інтимний емоційний зв'язок – основа ефективного особистісного функціонування та психічного здоров'я загалом» (Orlans, 2006). Д. Боулбі вказав на щось очевидне, що людство часто намагається «не помічати»: модель сім'ї, модель стосунків «батьки – дитина» виплекані еволюцією для оптимального розвитку дитини і не можуть бути замінені моделлю колективних форм опіки, яку б привабливу ілюзію швидких та контрольованих рішень не пропонувала остання. Хоч це може виглядати доволі дивно з перспективи сьогодення, але на той час теорія прив'язаності, суперечачи багатьом принципам домінуючої тоді психоаналітичної теорії, викликала шквал критики і заперечень, а самого Боулбі публічно виключили з британського товариства психоаналітиків.

Втім цілий ряд інших вчених, дослідників продовжили розвиток даної теорії. Велику кількість наукових досліджень було проведено за участю дітей, які виховувалися в сім'ях, та тих, які росли у будинках дитини. В останніх виявили багато негативних наслідків, що змусило громаду, спільноту фахівців, уряди багатьох держав збагнути: дітям-сиротам потрібен дім та сім'я, яка їх любитиме. Колективні форми опіки не можуть створити умови для формування у дитини стосунків прив'язаності з дорослими, які турбуються про неї. Щоб не вдаватися в об'ємний аналіз даних різних досліджень, підсумуємо їх результати, згрупувавши наслідки досвіду виховання в інтернатних закладах у п'ять груп (Frank et al., 1996). Отже, у дітей, які виховуються у сиротинцях, є значно вищий ризик:

- смертності від інфекційних захворювань;
- затримки фізичного розвитку;
- порушення когнітивного розвитку;
- порушень соціально-емоційного розвитку;
- зазнати фізичного, емоційного чи сексуального скривдження.

Особливу увагу варто звернути на четверту групу наслідків. Бо саме порушення соціально-емоційного розвитку мають найбільш стійкий характер і найбільшою мірою спричиняють негативний прогноз на подальше життя дитини та його якість у майбутньому. Перебування у сиротинці порушує соціальний розвиток дитини (мовою дитячої психіатрії – призводить до формування розладу прив'язаності), розвиток її особистості – фактично ставить під загрозу її подальше соціальне життя, здатність формувати повноцінні близькі стосунки з іншими людьми у дитинстві та у дорослому віці. Виховання у сиротинці пов'язане також із ризиком розвитку ряду розладів психічного

* Прив'язаність – переклад англійського слова «attachment», яке є іменником від дієслова «to attach» – прив'язувати, з'єднувати. В українській мові існує також інший варіант перекладу слова «attachment» – прихильність, і тоді термін звучить як «теорія прихильності». На думку автора, багатьох фахівців та перекладачів, слово «прихильність» є невідповідним варіантом перекладу слова «attachment», оскільки воно не відображає сили і глибини цього зв'язку.

здоров'я у майбутньому. При цьому дослідження показали, що навіть якщо створити в сиротинці більш оптимальні умови, збільшивши кількість педагогічного персоналу та інтелектуального стимулювання дітей через гру, відповідні педагогічні методики, ігрові матеріали, це матиме вплив на інтелектуальний розвиток дитини, а на соціальний – незначною мірою (Tizard et al., 1975).

***Головні функції стосунків безпечної прив'язаності для дитини***

Задоволення потреб дитини, формування відчуття безпеки у цьому світі
Формування базової довіри до інших людей, до стосунків
Забезпечення дитини «безпечним гніздом» для дослідження, пізнання цього світу
Супровід дитини у пізнанні та розумінні світу, інших людей, себе
Допомога дитині у розвитку регуляції власних емоцій, бажань, поведінки
Розвиток саморозуміння, формування здорової ідентичності та самооцінки
Підтримка морального розвитку, формування здорового сумління
Підтримка належного дозрівання нервової системи дитини, «калібрування» системи реагування на стрес, імунної системи тощо

Усвідомлення цього призвело до серйозних змін у соціальній сфері: у багатьох країнах розпочався процес деінституалізації – переходу дітей з інтернатних закладів у сімейні форми виховання, розвиток системи прийомних сімей, сприяння усиновленню. ВООЗ 1977 р. задекларувала це як рекомендовану політику у сфері турботи про дітей-сиріт: «Нерозривність стосунків із батьківською фігурою є особливо важливою у перші декілька років життя. У групі найбільшому ризику неблагополучного психологічного розвитку є діти, які зазнали чисельних змін осіб, що турбуються про них, діти, які виховуються в інтернатних закладах, де багато обслуговуючого персоналу, що змінюється і не має специфічної відповідальності за кожну окрему дитину. Тому перебування дитини у беземоційному середовищі інтернатного закладу, затримка процесу усиновлення покинутих дітей, часта зміна місця перебування дитини, переміщення дітей із закладу у заклад, з однієї прийомної сім'ї в другу становлять велику небезпеку».

Однак не лише інтернатний заклад є неналежним місцем для дітей. Для розвитку дитини не менш небезпечним є перебування у дисфункційній родині, у якій, з огляду на різного роду проблеми батьків (алкоголізм, психіатричні розлади тощо), мають місце емоційна депривація, скривдження, які не можна зупинити просто заходами служб соціальної допомоги, – у таких випадках в інтересах дитини – якнайшвидше вилучення з такої родини і перехід у сімейні форми опіки.

Нині теорія прив'язаності має вагомі емпіричні докази, на основі яких ми можемо з упевненістю стверджувати, що стосунки безпечної прив'язаності – основа здорового психологічного розвитку дитини (табл. 1).

## Потреба терапевтичного сімейного середовища

Усвідомлення наслідків стосунків безпечної прив'язаності привело до розуміння того, що коли дитина знаходиться у середовищі, у якому має місце емоційна депривація (немає значення, чи це інтернатний заклад, чи дисфункційна сім'я), то у дитини формуватиметься розлад прив'язаності, основною характеристикою якого є стійке порушення здатності до побудови близьких, емоційних стосунків з іншими людьми. Власне наукове визнання теорії прив'язаності спричинило появу цього нового діагнозу (див. F94.1-2 у МКХ-10).

**Таблиця 1. Порівняння наслідків безпечної прив'язаності та розладів прив'язаності на розвиток дитини**

| У дітей з безпечною прив'язаністю | У дітей з розладами прив'язаності |
|---|---|
| Здорова самооцінка, реалістичне сприйняття себе, адекватне відчуття провини | Низька самооцінка, неадекватне сприйняття себе, патологічне відчуття сорому, нарцисизм |
| Незалежність, самостійність, аутентичність | Псевдонезалежність або ж надмірна залежність |
| Розвинена здатність регулювати імпульси та емоції | Порушена саморегуляція |
| Позитивні соціальні стосунки | Порушені соціальні стосунки |
| Просоціальні копінг-навички | Антисоціальна, агресивна поведінка |
| Довіра до людей, здатність до близьких стосунків у дитинстві та дорослому віці | Відсутність друзів, недовіра, маніпулятивні стосунки, відсутність здорових близьких стосунків як у дитинстві, так і в дорослому віці |
| Емпатія, співчуття, здорове сумління | Відсутність співчуття, відчуття провини/сумління |
| Успіхи в школі, навчанні | Академічні проблеми, дефіцити у когнітивному розвитку |
| Позитивна система переконань | Негативне, песимістичне світосприйняття |
| У дорослому віці – добрі батьки, які формують у дітей безпечну прив'язаність | У дорослому віці повторюють цикл скривдження власних дітей |

При розладах прив'язаності має місце те, що ранній досвід занедбання та скривдження вкарбувався у психіку та мозок дитини, і є багато нейробіологічних досліджень, які підтверджують це. Згідно з Боулбі, у дитини формуються внутрішні робочі моделі (схеми), які визначають її сприйняття світу, себе, стосунків і, відповідно, її стратегії поведінки, взаємодії тощо (табл. 2).

Відповідно, коли у дитини сформовані такі негативні внутрішні схеми та стратегії поведінки, головним завданням її зцілення є утворення нових позитивних робочих моделей, які будуть визначати нові можливості більш гармонійного співіснування у стосунках з іншими людьми та самою собою. Саме утворення цих нових внутрішніх моделей можливе лише з досвіду багатократного переживання вищезгаданих циклів позитивної взаємодії з батьками, циклів, які ведуть до формування безпеки, довіри, емоційної близькості, позитивної самооцінки та багатьох інших «надбань» безпечної прив'язаності.

Тому для зцілення дитині насамперед потрібна сім'я, у якій вона зможе побудувати нові стосунки. Вона не може «зцілитися» в інтернатному закладі, у реабілітаційному центрі, не допоможуть і заняття з фахівцями, якими б професійними вони не були. Ключова терапевтична рекомендація Американської асоціації дитячих та підліткових психіатрів щодо лікування розладу прив'язаності у дітей звучить так: «Найбільш важливим втручанням для дітей, у яких діагностовано розлад прив'язаності і які не мають належних батьків, є пошук для них належних батьківських осіб, які б були емоційно готовими та відкритими до формування стосунків прив'язаності». Це зовсім не означає, що дитині не потрібні заняття з фахівцями, а тільки те, що ключовим у її зціленні є досвід побудови стосунків безпечної прив'язаності у родині. Саме тому батьківство щодо дітей з розладами прив'язаності (більшість дітей віком від двох років, які переходять у замісні форми опіки, мають більш чи менш виражену форму цих розладів) є не звичайним батьківством, а терапевтичним...

Терапевтичне батьківство щодо дітей, які зазнали занедбання та скривдження у дитинстві, – це справді боротьба за стосунки, побудову взаємин. Іноді, зважаючи на проблемність поведінки дитини, може здаватися, що головне – це досягти якнайшвидших змін

**Таблиця 2. Приклади можливих негативних внутрішніх робочих моделей (схем)**

| Приклад варіанту внутрішніх робочих моделей себе та стосунків з батьками дитини, яка мала досвід хронічного емоційного занедбання та скривдження | |
|---|---|
| внутрішня робоча модель сприйняття себе та відповідна адаптаційна стратегія | внутрішня робоча модель сприйняття батьків і стосунків із ними та відповідна адаптаційна стратегія |
| «Я – поганий», «Я не можу бути любимим» | «Батьки не турбуються про своїх дітей, а тільки обманюють, кривдять та використовують їх» |
| «Я не потребую, щоб мене хтось любив» – уникнення близьких стосунків | «Я мушу контролювати батьків – тільки у такий спосіб я захищений від них, можу змусити їх дати мені те, чого я від них потребую», «Нікому не можна довіряти», «Коли хтось каже, що любить тебе, – не вір, тебе хочуть лиш обдурити і використати» |

у поведінці, а тому існує спокуса використання «жорсткої» системи заохочень і покарань, однак суть терапевтичного батьківства не у корекції, а у зв'язку, у взаєминах.

## Важливість розвитку державної системи захисту дітей та замісних форм сімейної опіки

Ми усвідомлюємо, що в Україні ця система перебуває в процесі реформування і ще далека від ідеалу, втім за останні роки відбулося багато важливих змін. В основі роботи соціальних служб у справах дітей, сім'ї та молоді має бути принцип турботи про те, щоб дитина перебувала в оптимальному сімейному середовищі (рисунок).

Критична ланка цієї схеми-маршруту – прийомні сім'ї та сім'ї, які бажають усиновити дитину. Зрозуміло, що процес переходу дітей із інтернатних закладів та вкрай дисфункційних сімей у сімейні форми опіки можливий лише за умови існування достатньої кількості сімей, готових прийняти таких дітей. Тому, з одного боку, потрібно «розчистити» дорогу до сімейних форм опіки від усіх бюрократичних та корупційних перешкод, з іншого – сприяти розвитку сімейних форм опіки. Це неможливо без загального плекання в суспільстві інституту сім'ї – адже коли у суспільстві є міцні щасливі сім'ї, тільки тоді воно має ресурс до розвитку сімейних форм опіки. Сьогодні, крім економічної кризи в державі, маємо і велику «сімейну» кризу...

Розвиток сімейних форм опіки неможливий також без належної державної підтримки прийомних батьків – фінансової, законодавчої, фахової. Вище вже не раз згадувалося про важливість соціальних служб, зокрема їхньої ролі у підготовці прийомних батьків та їх психосоціальному супроводі. Підготовка починається з моменту прийняття рішення про створення прийомної сім'ї. Роль соціальних служб полягає у тому, щоб допомогти батькам зробити усвідомлений вибір щодо власної готовності до цієї дороги, мотивів та ресурсів. Надзвичайно важливий наступний етап – належна підготовка батьків, адже у більшості випадків прийомне батьківство – це особливе, терапевтичне батьківство. І рівень підготовки має бути дуже високим. Якщо батькам може часом здаватися, що вони добре виховали своїх дітей, а тому «знають», що означає бути батьками, для них може виявитися справжнім шоком зіткнення з реальністю виховання дитини, яка зазнала занедбання та скривдження. З розповіді прийомного батька: «Коли ми погодилися на це, зовсім не розуміли, на що йдемо. Ми думали, що їх треба просто любити і любов зцілить їх. Але час ішов і нічого не мінялося. Вони далі казали неправду, були егоїстичними, думали лише про себе і свої потреби. Як ми не

*«За останній тиждень між нами щось відбувається – дивне і тихе, – розповідає прийомна мама, яка упродовж останнього часу за підтримки психотерапевта інтенсивно працює над розвитком стосунків прив'язаності з восьмирічною дівчинкою Наталею, котра пережила досвід скривдження, емоційного занедбання у неблагополучній сім'ї, у якій жила раніше, і згодом в інтернатному закладі, де перебувала до семи років. Це схоже на розвиток закоханості. Ми хочемо бути близько одна біля одної. Ми дивимося в очі одна одній – і між нами наче якісь іскринки перескакують. Ми усміхаємося одна одній. Наталя стала тепліша і спокійніша. Раніше вона могла безперервно говорити, що завгодно, якісь дурниці. Тепер стала тихіша. І коли щось говорить, то більше думає. Позавчора перед сном Наталя сказала мені, що тепер вона вірить у те, що я її люблю. Дуже старається бути чемною, хоч як їй це важко вдається з огляду на гіперактивність. І я сама відчуваю тепло у серці. Це схоже, мабуть, на вагітність. Так, наче у мене з'явилася дитина! Увесь цей перший рік я вела війну з Наталею, щоб вона добре робила уроки, прибирала за собою, не говорила поганих слів, не билася і т. п. Мені здавалося, що моя роль мами-вихователя у дитячому будинку сімейного типу полягає у тому, щоб дітей відправити до школи, нагодувати, вивчити, виправити їхню поведінку. Зараз я роблю те саме, але відчуваю, що моя головна роль – мати з ними стосунки, щоб вони знали, що вони є у моєму серці... І це приносить мені самій велику радість... Не тільки вони потребували цього, я теж...»*

старалися їм пояснити, як треба жити, як краще жити, вони не розуміли. У нас було відчуття, що вони просто використовували нас, абсолютно не цінуючи того, що ми для них робили. За якийсь час це почало нас просто злити, ми почали кричати, суворіше карати. Помітили, що з добрих люблячих батьків, якими ми себе уявляли, перетворюємося поступово на гестапо... Тепер розуміємо, що нам просто дуже бракувало на той час знань, розуміння, як бути з такими дітьми...».

Хороша підготовка прийомних батьків дає їм змогу стати справді терапевтичними батьками, які готові забезпечити зцілюще середовище, які готові провести дитину дорогою зцілення. Без такої підготовки існує великий ризик «невдачі» – батьки можуть виявитися втягненими у негативні схеми взаємодії з дитиною, які відображають її внутрішні робочі моделі. Відповідно, це не лише діє антитерапевтично на дитину, але й виснажує батьків, руйнує атмосферу сім'ї. Тож можна зрозуміти, що деякі батьки з часом повертають прийомну дитину до інтернату. Звісно, це є негативним досвідом для дитини і посилює її розлад прив'язаності (підтверджується схема «мене не можуть любити, мене покинуть»). Однак таких батьків не можна засуджувати, оскільки часто вони мають добрі наміри, просто не отримали належну підготовку, не мали достатньо ресурсів та підтримки.

Окрім підготовки «на старті», не менш важливою є «перепідготовка», «підвищення кваліфікації», подальший психосоціальний супровід батьків. Роль соціальних працівників тут – бути джерелом підтримки та супроводу для прийомних батьків, бути їхніми партнерами у важливій праці зцілення, розвитку дитини. Дуже важливо усвідомлювати, що основою психосоціального супроводу є стосунки партнерства, бо супровід базується, насамперед, на взаємній повазі та довірі, узгодженій праці заради спільних цілей. Роль соціальних служб, соціальних працівників є надзвичайно важливою і, звісно, реалізується конкретними людьми. Тому ключовим питанням є якість кадрів – йдеться і про особистісні якості, і етичні цінності, і професійний рівень.

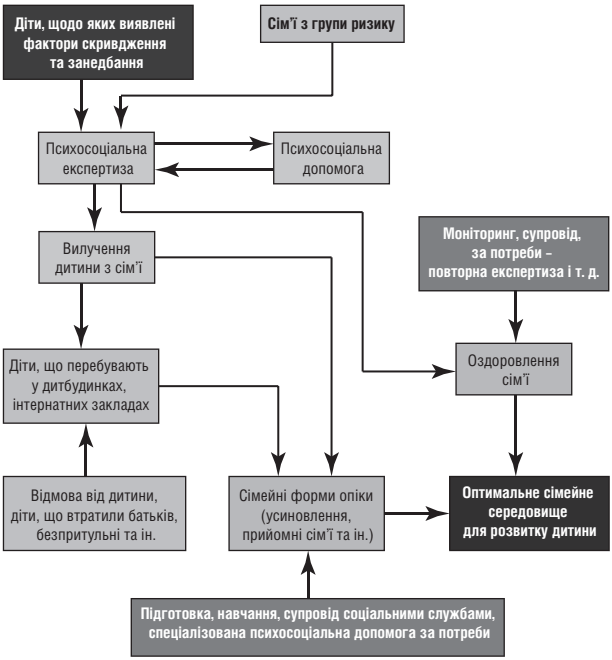


**Рисунок. Модель маршруту для дітей, котрі не мають належного сімейного середовища**

## Важливість супроводу прийомних родин з боку фахівців системи охорони психічного здоров'я

Завданням системи охорони здоров'я є забезпечення опіки не лише над соматичним, але й над психічним здоров'ям таких дітей, адже у переважній більшості з них мають місце розлади прив'язаності, розлади спектра посттравматичних стресових розладів. У значної частини наявний ряд інших емоційних та поведінкових розладів, зокрема розлад гіперактивності із дефіцитом уваги, розлади поведінки, тривожні розлади, депресія тощо. Вони потребують належної діагностики і терапії. При одних розладах показане медикаментозне лікування, при інших – різні види психотерапевтичної допомоги. Зокрема, дітям із розладами прив'язаності потрібен специфічний вид психотерапії (методика Тераплей, сімейна терапія прив'язаності, діадна терапія розвитку тощо), націлений на роботу над розвитком стосунків безпечної прив'язаності між батьками та дитиною (Hughes, 1997, 2008; Lieberman, Horn, 2008; Levy, Orlans, 1998; Tortora, 2005). Така терапія прив'язаності відбувається за умови тісної співпраці психотерапевта з батьками дитини. Роль психотерапевта – допомогти батькам розуміти потреби дитини, її поведінку та реакції, розуміти свій власний досвід прив'язаності, і тоді за допомогою відповідного арсеналу технік сприяти такій взаємодії між батьками і дитиною (і впродовж психотерапевтичної сесії, і поза сесіями у формі «домашніх завдань»), яка веде до досвіду інтерсуб'єктивності та формування стосунків безпечної прив'язаності. Попри те, що інші методи психотерапії (зокрема, індивідуальна дитяча, поведінкова) можуть бути корисними при інших формах розладів у дітей, батькам важливо усвідомлювати,

що такі підходи будуть малоефективними щодо дітей з розладами прив'язаності, бо вони не спрямовані на зцілення центрального розладу – розладу прив'язаності. Що стосується інших супутніх проблем у дитини, то ці методи можуть бути корисні і необхідні. Так, наприклад, травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія та метод EMDR – ефективні методи допомоги дітям, які зазнали скривдження і мають посттравматичний стресовий розлад, поведінкова терапія – одна з основних форм допомоги дітям з розладом гіперактивності з дефіцитом уваги (Cohen, Mannarino, Deblinger, 2006; Adler-Tapia, Settle, 2008).

Сфера охорони психічного здоров'я дітей в Україні потребує великих інвестицій та розвитку, щоб в адекватний спосіб відповісти на ті проблеми психічного здоров'я дітей, які ми маємо. Тож батькам може бути дуже непросто знайти належних фахівців та відповідні програми допомоги. У багатьох країнах за кордоном існують спеціалізовані центри та програми допомогти дітям з розладами прив'язаності, з комплексним посттравматичним розладом. Вони працюють на сімейно-центрованих засадах, мультидисциплінарною командою і є великим джерелом допомоги дітям, які зазнали скривдження та емоційного занедбання, а також є значним ресурсом підтримки, освіти, супроводу терапевтичних прийомних батьків. Наше важливе завдання в Україні – сприяти розвитку таких спеціалізованих програм та центрів, оскільки без належної підтримки з боку психіатрів, психотерапевтів, психологів прийомним батькам непросто справлятися із завданням «терапії»... І знову ж таки, ключовими питаннями у цій сфері, окрім загальної системної реформи сфери охорони психічного здоров'я, є якість кадрів, потреба належної освіти та професійної підготовки.

Роль фахівців сфери охорони психічного здоров'я є не лише «терапевтичною». Важливе завдання – належне обстеження дитини, щоб від самого початку її досвіду перебування у сім'ї батьки з допомогою фахівців отримали відповідне розуміння її індивідуальних особливостей, наявних тих чи інших порушень психологічного розвитку і, відповідно, щоб батьки могли розуміти, якої специфічної допомоги потребує дитина, як розставити «акценти» у терапевтичному батьківстві...

Багато дітей можуть мати ту чи іншу форму неповносправності, специфічні розлади розвитку – на зразок розладів спектра аутизму, розумову відсталість, ДЦП та ін. Щодо дітей з особливими потребами, прийомним батькам надзвичайно важливо мати специфічну підтримку реабілітаційних програм, програм раннього втручання для дітей з тією чи іншою формою неповносправності. А з часом – умови до інтегрованого чи спеціалізованого навчання таких дітей. І, звичайно, додаткову фінансову, соціальну підтримку з боку держави, адже опіка дітей з особливими потребами вимагає значно більше часу і ресурсів. Тому дуже важливо, щоб на державному рівні були створені належні фінансові та законодавчі умови до переходу у сімейні форми опіки неповносправних дітей. В інтернатному закладі така дитина особливо вразлива, і прогноз щодо її майбутнього сумний... Перехід же у сімейні форми опіки дає такій дитині шанс на зовсім інше майбутнє...

## Висновки

Нам важливо усвідомлювати, що не лише прийомна дитина і родина потребують підтримки, не лише «ми підтримуємо їх» – наша підтримка є взаємною. Оздоровлення дітей, які зазнали скривдження, занедбання, веде до оздоровлення нас як суспільства. Процес зцілення зупиняє ланцюг трансгенераційної передачі травми та скривдження. Допомагаючи дитині загоїти внутрішні «рани», прийомна родина робить важливу роботу не лише для самої дитини, але й для усіх нас як громади, очищуючи внутрішній світ

дитини від «токсинів» ненависті, жорстокості, насильства, терапевтичні батьки також «очищують» суспільний організм, вони немов зупиняють «розмноження токсигенних мікроорганізмів». Ми усвідомлюємо, що розлади прив'язаності, розлади комплексної травми розвитку є своєрідним запрограмованим вибуховим пристроєм. І якщо діти не мають умов до зцілення, навіть якщо «великі» проблеми відсутні, механізм працює, і рано чи пізно станеться «вибух»... Тож якщо ці розлади не будуть зцілені в дитинстві, матиме місце «вибух» у дорослому віці. Для нас як для суспільства ці розлади «вибухнуть» нашими великими соціальними проблемами – злочинністю, безробіттям, зловживанням алкоголем та наркотиками тощо. Можливо, у менш «помітний» спосіб ці розлади можуть проявитися повторенням циклу скривдження та занедбання власних дітей... Тому терапевтичні батьки, терпляче і тихо працюючи над зціленням, справді «зупиняють» вибуховий пристрій... Їхня робота є такою важливою. І ми повинні підтримати їх. У цьому велика надія для нас, що розвиток сімейних форм опіки нестиме краще майбутнє не лише дітям, але усім нам як суспільству...

## Література


1. Романчук О. Сім'я, що зцілює. Основи терапевтичного батьківства дітей, що зазнали скривдження та емоційного занедбання. – Львів, «Колесо», 2011.
2. Adler-Tapia R., Settle C. EMDR and the art of psychotherapy with children. – NY: Springer. – 2008.
3. Bowlby J. A secure base: Clinical applications of attachment theory. – London: Routledge. – 1988.
4. Bowlby J. Attachment and loss: Vol. 1. Attachment / 2nd ed. – NY: Basic Books. – 1969.
5. Bowlby J. Child care and the growth of love. – Harmondsworth: Pelican, 1970.
6. Cohen J., Mannarino A., Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. – NY: Guilford Press, 2006.
7. Hughes D. Attachment-focused family therapy. – NY: W.W. Norton & Company, 2007.
8. Jernberg A., Booth P. Theraplay. – San-Francisko: Jossey-Bass Publishers, 1999.
9. Lieberman A., Horn P. Psychotherapy with infants and young children. Repairing the effects of stress and trauma on early attachment. – NY: Guilford Press, 2008.
10. Orlans M., Levy T. Healing parents. – Washington: CWLA Press, 2006.
11. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder of Infancy and Early Childhood // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2005. – 44 (11). – P. 1206-1219.
12. Siegel D. The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are. – NY: Guilford Press, 1999.
13. Frank D., Klass P., Earls F., Eisenberg L. Infants and Young Children in Orphanages: One View From Pediatrics and Child Psychiatry // Journal of Pediatrics. – 1996. – Vol. 97. – P. 569-578.
14. Tizard B., Rees J. The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year-old children // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1975. – Vol. 16. – P. 61-73.
15. Hodges J., Tizard B. IQ and behavioral adjustment of ex-institutional adolescents // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1983. – P. 53-75.
16. World Health Organization Expert Committee. Child Mental Health and Psychological Development. Technical Report Series 613. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1977.
17. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder of Infancy and Early Childhood // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2005. – 44 (11). – P. 1206-1219.

# Олег Романчук: «Найважливіші ліки для кожної дитини – це любов та віра у неї її батьків»

Інтерв'ю з Олегом Романчуком – дитячим психіатром, психотерапевтом, керівником відділу розвитку дитини навчально-реабілітаційного центру «Джерело», м. Львів.

**– Пане Олеже, що відрізняє центр «Джерело» від інших дитячих лікувальних закладів? Які основні засади його роботи?**

– Перш за все спеціалісти нашого центру глибоко переконані, що заради того, щоб допомогти дитині у розвитку, забезпечити покращання якості життя, необхідно дивитися на неї цілісно, усвідомлювати багатовимірність світу дитини. Не існує жодної хвороби, яка ізольовано впливала б лише на тілесний чи психічний стан: соматичне здоров'я дитини, її психологія, стосунки з рідними та оточенням – усе це компоненти однієї динамічної системи, які тісно пов'язані у постійній взаємодії. Такий цілісний, багатовимірний підхід носить назву біопсихосоціального, і є золотим стандартом сучасної дитячої психіатрії. Його нескладно зрозуміти, з ним також важко не погодитись, але його непросто втілити.

На початку нашої роботи основну увагу було приділено безпосередньо дитині, її проблемам, розвитку відповідних методик, навчанню фахівців. Однак ми помітили, що щось не спрацьовує з таким підходом. Для прикладу наведу випадок, коли дівчинка із геміплегією, яка демонструвала значний прогрес на заняттях з фізичної реабілітації, мала дуже мало поступу в часі між заняттями. Як же ми здивувалися, коли випадково виявили, що поза нашим центром і домом батьки всюди носили її на руках, бо хотіли приховати від сторонніх той факт, що у дитини ДЦП, що вона не ходила, як усі діти... Це дозволило нам перейти до принципово нового етапу розвитку центру, який можна охарактеризувати як фазу сімейно-центрованої моделі послуг. Ми усвідомили, що, по суті, не є реабілітаційним центром для дітей із особливими потребами – ми стали центром для сімей дітей із особливими потребами. Адже саме батьки є ключовими особами у житті дитини, сім'я – її основним середовищем життя та розвитку. І роль фахівців сфери психічного здоров'я – підтримати батьків, побудувати з ними партнерські стосунки заради спільної праці на добро дитини.

В Україні фахівці не звикли до такої моделі рівноправного партнерства. Ми звикли дивитися на батьків дещо зверхньо з позиції «компетентних фахівців», давати їм вказівки, інструкції. Також звикли осуджувати батьків, звинувачувати їх у проблемах дитини, називати матерів «мамочками» і жартувати, що «проблема дітей у тому, що у них є батьки». Втім за такого ставлення не буде партнерства. Для того щоб реалізувати сімейно-центрований, партнерський підхід, необхідно справді змінити парадигму стосунків. Навчитися слухати, поважати, розуміти батьків... Надзвичайно вдало з цього приводу висловився литовський дитячий психіатр Дайніус Пурас: «Немає поганих батьків, є лише батьки, які мають труднощі, але не мають належної допомоги...».

**– Чи лише зусилля батьків мають значення? Яку роль, на Вашу думку, відіграє суспільство у житті неповносправної дитини?**

– Безумовно, цю роль важко переоцінити. Адже соціальні фактори, такі як ментальність суспільства, наявні у громаді ресурси, система послуг, мають величезний вплив на сім'ю. Довгий час я хотів зрозуміти, які фактори визначають те, чому одним батькам легше дається сприйняти і прийняти свою дитину як неповносправну, а для інших же це завдання є надзвичайно важким. Поступово я збагнув, наскільки важливими у цьому є соціальні чинники – зокрема сприйняття дитини найближчим соціальним оточенням, наявність чи відсутність соціальної підтримки, домінуючі в суспільстві погляди щодо неповносправних осіб та інші фактори. Життєвий шлях дитини з особливими потребами значною мірою визначається наявними у суспільстві можливостями, ресурсами допомоги – доступністю програм раннього втручання, доступу до якісної освіти, наявністю спеціалізованої освіти, реабілітаційних послуг тощо.

Свого часу ми часто використовували у своїй роботі з батьками неповносправних дітей метафору з відомого листа матері хлопця з синдромом Дауна про подорож до Голландії. У цьому листі мама порівнює народження неповносправної дитини з ситуацією, якби ви сіли у літак, щоб летіти в Італію (ви вибрали цю країну, мрієте про неї), а літак натомість приземляється у Голландії. Мати хлопчика намагається пояснити, що Голландія – не гірша країна, вона є просто іншою, і є можливість прожити в ній гарне, щасливе життя, просто воно буде не таким, як мріялося... І попри те, що це – чудовий лист і у ньому багато глибини, в українській реальності з народженням неповносправної дитини сім'я часто опиняється не у метафоричній Голландії, а десь в умовах крайньої півночі – їх ніхто не зустрічає, вони не знають, куди іти, де шукати допомоги, і холодно, і загалом важко уявити, як тут вижити... Отже, ми почали розставляти нові акценти у нашій праці, говорити батькам, колегам, один одному, з усе більшою переконаністю, що реабілітації потребує не лише неповносправна дитина, але усе наше суспільство. Ми потребуємо важливих змін, реформ, соціального розвитку.

Усі ми розуміємо, яким чином заважають рухатися перешкоди на шляху інвалідного візка, і вболіваємо за безбар'єрне середовище в Україні. Проте чи не більший вплив на якість життя мають невидимі бар'єри у формі негативного, упередженого ставлення до неповносправних осіб, осіб із психічними розладами. Ці бар'єри менш видимі, але, на жаль, більш стійкі, міцні, і подолати їх дуже складно. Просвіта суспільства, праця на подолання упередженого ставлення, стигматизація дітей із психічними розладами – важливі соціальні складові роботи дитячого психіатра.

**– А чого очікують від дитячого психіатра батьки? Яким він має бути з їхньої точки зору?**

– Безумовно, батькам важливо, щоб це була порядна людина, якій можна довіряти, яка поводиться етично і емпатично. Втім, як мовиться у російській приказці: «Хороший парень – не профессия», тож дитячий психіатр має бути високо компетентним професіоналом. А це передбачає ще й смиренність, бо неможливо бути «всекомпетентим», найкраща ознака компетентності – смиренне визнання її меж.

Щодо конкретних речей, звісно, більшість батьків хочуть мати відповіді на два запитання: що з моєю дитиною і як допомогти? Необхідно розуміти, що сучасні батьки не просто чекають на допомогу, але й прагнуть зрозуміти проблему дитини і шляхи її вирішення. Саме тому «психічна освіта» (психоедукація – від англ. psycho і education), а саме допомога батькам у розумінні своєї дитини, її симптомів, порушень, шляхів лікування, дуже важлива, адже правильне розуміння ситуації є передумовою подальших ефективних кроків. Тому лікар повинен мати час на розмову з батьками після якісно проведеного

діагностичного процесу. І звісно, таку розмову важливо вміти вести, адже це не є лекцією (хоча лекції, книжки, інформаційні ресурси теж, до речі, дуже важливі), це – спільна побудова, немов із фрагментів пазлів, картини ситуації.

Наступний крок – окреслити карту подальших доріг. На цьому етапі необхідно керуватися принципами доказової медицини і орієнтуватися на ефективні втручання без витрати часу та інших ресурсів на сотні інших. Лікар повинен зорієнтувати батьків у розмаїтті можливих шляхів допомоги, щоб вони змогли зробити усвідомлений вибір.

**– Яким є арсенал сучасної доказової дитячої психіатрії, і яку роль у ньому посідають психосоціальні втручання?**

– Арсенал сучасних терапевтичних втручань доволі широкий, однак, на жаль, в Україні з того арсеналу ми маємо не так уже й багато. Я особисто дуже ціную сучасну психофармакологію, її можливості щодо окремих розладів, зокрема розладу із гіперактивністю та дефіцитом уваги, – з сучасними ліками справді відкриваються зовсім інші можливості допомоги. Втім я завжди говорю батькам, в тому числі гіперактивних дітей: «Найважливіші ліки для кожної дитини – це любов та віра у неї її батьків». Саме тому важливим є весь спектр втручань, орієнтованих на підтримку родини: навчання батьків, тренінги батьківської компетентності, поведінкового керівництва, супровід батьків, консультування, індивідуальна та сімейна психотерапія, сімейний відеотренінг спілкування, терапія, орієнтована на прив'язаність, соціальна допомога або втручання тощо.

Серед дитячих психіатрів, як це не дивно, часто можна зустріти певний опір до психотерапії, сприйняття її як чогось малоефективного, малонаукового, як «балаканини». Деколи це навіть звучить як заклик захистити дитячу психіатрію як медичну спеціальність від її «психологізації». Втім, на мою думку, краса дитячої психіатрії полягає в тому, що вона інтегрує медицину і психологію, педагогіку і соціальні науки і ще багато іншого. Сучасна нейробіологія як медична наука демонструє, що наш мозок є глибоко соціальним від народження, і соціальний досвід не меншою мірою, ніж фармакологічні засоби, безпосередньо впливає на формування, розвиток, організацію та реорганізацію нашої нервової системи. Психотерапія, згідно з сучасним розумінням і стандартами практики, є доказово медичною, нейрофізіологічно обґрунтованою, ефективною формою допомоги.

**– В якому обсязі і якої якості психотерапевтична допомога надається на сьогодні дітям в Україні?**

– Насамперед необхідно зазначити, що поле психотерапії дуже просторе, спектр її форм, методів, напрямків надзвичайно широкий. Умовно це можна порівняти з медикаментозним втручанням – є безліч лікарських засобів із різноманітними характером дії, ефективністю й призначенням і є, зрештою, «підробки», які мають лише зовнішній вигляд ліків. До різних розладів, проблем є специфічні психотерапевтичні підходи, які повинні реалізовуватися фахівцями, що мають відповідну освіту у тому чи іншому напрямку психотерапії.

Окремою проблемою є дефіцит добре підготованих психотерапевтів. Це є складним питанням, яке надзвичайно важливо вирішувати на системному рівні. Часто, не маючи у команді кваліфікованих психотерапевтів, дитячим психіатрам не залишається нічого іншого, як застосовувати необґрунтовану та недоречну фармакотерапію. Це як у англійській приказці: «Коли усе, що в тебе є, це молоток, тоді кожна проблема тобі здаватиметься цвяхом».

**– Говорячи про важливість психотерапевтичних втручань, чи можете Ви навести приклад психічного розладу, коли медикаменти не потрібні?**

– Насправді при багатьох психічних розладах у дітей медикаменти не є основною формою лікування або не рекомендовані протоколом як засоби першої лінії. Приклад – посттравматичний стресовий розлад. Хоча в окремих випадках медикаменти можуть відігравати допоміжну роль у лікуванні цього стану, основним методом втручання є психотерапія. Протоколами підтримуються два психотерапевтичні методи, а саме травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія і метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми шляхом руху очей.

Постравматичний стресовий розлад є великою проблемою охорони психічного здоров'я дітей та підлітків: за статистичними даними 30% осіб до виповнення повноліття (18 років) переживають щонайменше одну травматичну подію. Сумною реальністю є те, що у більшості випадків цей розлад не виявляється, діти не отримають належної допомоги, а відповідно, мовою метафори, душевна рана, завдана травматичною подією, залишається незагоєною і впливатиме на життя дитини у негативний спосіб багато років.

У нашому суспільстві загалом і в середовищі фахівців зокрема існує ілюзія, що посттравматичний стресовий розлад пов'язаний із переживанням лише якихось виняткових, екстремальних подій, про які усі знають з теленовин (наприклад, Скнилівська трагедія, теракт у Бесламі). Насправді більша частина травматичних подій у житті наших дітей це насильство, з яким вони стикаються, стаючи його жертвами чи свідками (останнє часто теж є важкою травмою) не лише в школах і на вулиці, але, на жаль, і у себе вдома. І домашнє насильство – фізичне, емоційне, сексуальне, часто є хронічним, таким, що замовчується дітьми, заляканими кривдниками, і може дуже негативно вплинути на психологічний розвиток дитини.

Надзвичайно важливо у таких випадках забезпечити безпеку на соціальному, побутовому рівні. Часто це вимагає вилучення дитини з сім'ї, коли батьки не можуть чи не готові змінитися у швидкі терміни, щоб зупинити скривдження дитини і забезпечити їй оптимальні умови для розвитку. Власне для дітей, які живуть у таких вкрай дисфункціональних родинах, основним втручанням (і саме так записано у протоколі Американської асоціації дитячої психіатрії) є забезпечення дитини родинним середовищем, яке може надати їй необхідні умови для зцілення і психологічного розвитку. В реальності у більшості випадків це означає перехід дитини у нову сім'ю. Це зумовлює необхідність розвитку соціальних служб з метою захисту дітей, допомоги сім'ям, що опинилися у скрутних соціальних обставинах, потреби розвитку сімейних форм опіки – усиновлення, прийомних сімей. Важливо усвідомлювати, що проблеми психічного здоров'я дітей-сиріт не можуть бути вирішені у інтернатних закладах та будинках дитини. Кожна дитина потребує сім'ї, в якій її любитимуть, це є природною еволюційною програмою. Наш мозок запрограмований на прив'язаність. І якщо сталося так, що дитина з різних обставин такої сім'ї не має, держава повинна сприяти розвитку замісних форм сімейного виховання.

**– Яким чином це має виконуватися? Чи був у Вас подібний досвід у центрі «Джерело»?**

– Так, для прикладу я можу розповісти про спільний проект, який ми мали з Канадським фондом місцевих ініціатив, присвячений проблемі розвитку сімейних форм опіки дітей-сиріт з особливими потребами. Загалом проект був присвячений тому, наскільки кожній дитині потрібна сім'я, і наскільки життя у такій сім'ї, а не у інтернатному закладі, радикально міняє долю дитини. Більш детально про цю програму можна дізнатися, переглянувши фільм «Віднайдені діти», який ми зняли у рамках проекту (*www.youtube.com/watch?v=GEDlb4K47n0*).

У ході цієї роботи ми збагнули, наскільки прийомним батькам потрібні допомога і підтримка, у тому числі з боку фахівців сфери охорони психічного здоров'я. Більшість

дітей пройшли через значні випробування, і, щоб допомогти їм зцілитися, прийомні батьки потребують не лише належної підготовки, особистісної зрілості, але й підтримки, супроводу, професійної допомоги. Ми повинні забезпечити їх необхідною підтримкою – соціальною, інформаційною, фінансовою, фаховою, духовною. Вони роблять важливу справу не лише для цих дітей, але й для усіх нас, для всього суспільства.

Користуючись нагодою, хочу коротко розповісти про два інші наші проекти, пов'язані з проблематикою охорони психічного здоров'я дітей та підлітків. Вони стосувалися проблеми гіперактивного розладу із дефіцитом уваги та розладів спектра аутизму. Не секрет, що в Україні дітей із такими розладами дуже рідко вчасно діагностують і надають відповідну допомогу. В обох проектах ми зосередили увагу на збільшенні обізнаності про ці розлади (розробили буклети, книжки, фільми, веб-сайти), забезпеченні ранньої діагностики та належної комплексної реабілітаційної програми у нашому центрі. Проведена інформаційна кампанія на рівні громади дала неочікувані результати – по обох нозологіях зросла частота звернень у декілька разів, при чому у більш ранньому віці. Так, відповідно, відкрилися нові можливості допомоги цим дітям.

Я думаю, досвід, отриманий у цих проектах, може бути екстрапольований на ситуацію у сфері охорони психічного здоров'я дітей в Україні загалом. Ситуація є критичною – нам треба бити в усі дзвони!

**– Яких саме реформ, на Вашу думку, потребує система охорони психічного здоров'я дітей в Україні?**

– Я вважаю, що тут не обійдеться «косметичним ремонтом» – необхідна революція. Це не означає, що потрібно знищити все старе – багато було доброго і цінного, що має бути збережене, аби не сталося так, як у нас часто буває, коли «з водою виливають дитину». Але сучасні світові тенденції вимагають якісно нової системи, нової моделі, нових програм. Це мають бути масштабні системні реформи, підкріплені відповідною освітою фахівців, роботою із громадою, освітою суспільства, розвитком мережі співпраці. Така система має працювати цілісно і включати в себе якісно нові програми, які впроваджувалися б мультидисциплінарними командами, на основі сімейно-центрованого підходу, біопсихосоціальної моделі, сучасних доказових протоколів. Такі програми повинні мати різний рівень спеціалізації, більшість мають бути амбулаторними, добре інтегрованими у мережу опіки над дітьми – ефективно співпрацювати із системою освіти, соціальними службами, спеціалізованими закладами та установами, громадськими організаціями, громадою загалом.

Моє велике сподівання полягає не в тому, що реформа почнеться з «верхів», а в тому, що в Україні дозріє певна критична маса свідомих фахівців, батьків, просто людей доброї волі, які піднімуть свого роду «хвилю», яка, власне, прокладатиме дорогу необхідним змінам. Хочеться вірити, що у сферу охорони психічного здоров'я дітей і підлітків прийдуть гарні молоді люди – відкриті, творчі, працьовиті. На підтримку старшому поколінню, на зміну йому потрібні молоді фахівці. Чомусь так склалося, що це – «непрестижна» сфера і, нажаль, попри свою важливість, це також не є належно оплачуваною працею. Але, не зважаючи на це, охорона психічного здоров'я дітей є конче важливою, вона завжди була і буде такою попри те, які професії будуть у суспільстві «модними». Робота у цій сфері має у собі великий компонент внутрішньої винагороди, яку не завжди можна отримати на багатьох більш оплачуваних видах робіт. Це та праця, яка справді має зміст, яку можна робити серцем, від якої можна не вигорати, а радше розгоратися...

*Підготував* ***Олег Ладиженський***

# Раздел II.
# ФАКТОРЫ РИСКА, РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА

## Расстройства спектра аутизма: этиология и факторы риска

*И.А. Марценковский,*
*Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины,*
*Д.И. Марценковский,*
*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев*

Взгляды на этиологию и патогенез РСА с момента введения этой диагностической категории в психическую практику многократно пересматривались. В конце 50-х – в начале 60-х гг. XX ст. в США господствовали психодинамические представления, причиной аутизма считали холодное отношение родителей к детям, отсутствие должного ухода и неправильное воспитание. Считалось, что при недостаточной поддержке со стороны группы первичной поддержки неспособности родителей обеспечить чувство безопасности, ребенок вынужден искать утешение в одиночестве. Б. Беттельхейм (B. Bettelheim) в своей книге «Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я» сравнивал аутизм с заключением в концентрационном лагере, узником которого он был в годы Второй мировой войны.

В 1946 г. Б. Римланд (B. Rimland), введя понятие нарушений нейроразвития, положил начало формированию современных представлений о генезе аутистических расстройств. Основополагающие представления об аутизме как нарушении нейроразвития были изложены автором в книге «Детский аутизм: синдром и его последствия для нейрональной теории поведения».

Бернард Римланд (1928-2006), американский психолог, профессор, основатель и первый директор Института изучения аутизма, учредитель Общества аутизма Америки, автор современных представлений об аутизме как расстройстве развития мозга

## Генетические факторы риска

Роль генетических факторов в генезе аутизма является определяющей и по оценкам экспертов достигает 90% (Freitag, 2007). Генетические факторы гетерогенны, сложны и по большей части плохо изучены. Свидетельства о важности генетических факторов в генезе расстройства были получены из многих источников, в том числе по результатам близнецовых исследований.

Согласно данным, приведенным R. Muhle et al. в статье «Генетика аутизма», опубликованной в журнале *Pediatry* (2004), у сиблингов, пробанды которых страдают аутизмом, расстройство встречается в 50-200 раз чаще, чем в общей популяции. Среди родственников пробандов, не страдающих РСА, также повышена распространенность легких нарушений развития в субсферах, связанных с коммуникацией и социальными навыками.

Конкордантность для аутизма колеблется от 0 до 27% у гетерозиготных и от 36 до 96% у монозиготных близнецов (Sadock B.J., Sadock V.A, 2008). Высокая конкордантность случаев аутизма у монозиготных близнецов и низкая – у дизиготных позволила выдвинуть гипотезу, что значительная часть случаев заболевания может быть объяснена появлением новых мутаций. Точные механизмы действия генетических факторов изучаются при помощи цельно-геномного скрининга, цитогенетических исследований и оценки генов кандидатов (Muhle et al., 2004).

В течение двух последних десятилетий были описаны многочисленные варианты генного полиморфизма, в той или иной степени ассоциированные с развитием РСА в отдельных локусах 2, 3, 4, 6, 7, 10, 15, 17 и 22-й хромосом (Freitag et al., 2010). В цитогенетических исследованиях у лиц с аутизмом были выявлены нарушения в локусе 15q11-q13 (Muhle et al., 2004; Smalley, 1991). Геномные исследования также выявили незначительное влияние на риск манифестации аутизма генного полиморфизма локусов 5p14.1 и 5p15 (Ma et al., 2009; Weiss et al., 2009). С помощью описанных мутаций удается объяснить не более 10% случаев РСА.

Причиной рождения значительного количества детей с аутизмом в семьях, в анамнезе которых не установлены случаи заболевания, могут быть новые мутации, в частности вариации числа копий (спонтанных делеций и дупликаций участков геномов при мейозе) (Cook, 2008). Вариативность количества копий предопределяет различие индивидуальных геномов по числу копий сегментов ДНК. Геномы диплоидных организмов, в том числе человека, обычно содержат по две копии каждой аутосомной области, по одной на каждую хромосому. Делеции и дупликации способны влиять на их количество. Результатом вариации может быть уменьшение или увеличение количества копий определенного гена, и, следовательно, снижение или повышение экспрессии продукта гена (соответствующего белка или некодирующей РНК).

Различия в числе копий генов могут обусловливать склонность человека к различным заболеваниям (Gonzalez, 2005; Timothy et al., 2006). Например, увеличенное число копий гена CCL3L1 ассоциировано со снижением риска заболеваемости СПИДом, FCGR3B – повышением риска развития системной красной волчанки и других воспалительных аутоиммунных заболеваний.

Группами исследователей из 7 стран (Великобритании, Исландии, России, Украины, Грузии, Македонии и Сербии) был создан международный научный консорциум. Было проведено широкомасштабное генотипирование образцов ДНК больных и контрольной группы с использованием технологии микрочипов в рамках Седьмой рамочной программы научно-технологического развития Европейского Союза (FP7). В процессе исследования участниками научного консорциума выявлено более 40 тыс. редких

мутаций, которые обусловливают повышение риска манифестации аутизма, шизофрении и биполярного расстройства в детском возрасте, а также 5 тыс. распространенных и 320 тыс. однонуклеотидных вариантов генного полиморфизма, связанных с умеренным риском этих заболеваний. Около 1% от всех изученных вариантов полиморфизма были отобраны для более тщательного исследования с использованием молекулярно-генетических и цитогенетических методов. С основными результатами, полученными в ходе выполнения исследования, можно ознакомиться на сайте проекта *www.psych-cnv.eu*.

Установлено, что вариации числа копий генов могут быть связаны с аутизмом, трудностями в обучении, шизофренией (Beaudet, 2007; Jill et al., 2010; Kakinuma, Sato, 2008; Jaillard et al., 2010). У лиц с аутизмом реплицированное количество копий, расположенных на хромосомах 1q21, 2p16.3, 3p25-26, 7q36.2, 15q11-13, 16p11.2 и 22q11.2 встречается чаще, чем в контрольной группе (Freitag et al., 2010). Следовательно, значительное количество случаев РСА может быть объяснено новыми генетическими мутациями, которые вызывают первазивные нарушения развития у детей, но отсутствуют у родителей.

В рамках исполнения Закона о мерах по борьбе с аутизмом, принятого в США в 2006 г., Национальные институты здравоохранения США (NIH) выделяют исследовательские гранты в рамках «Программы по изучению аутизма», разработанной специализированными центрами передового клинического опыта» (ACE). Данная программа координирует не только исследовательскую деятельность пяти институтов в составе NIH в этом направлении, но и работу двух ранее учрежденных и финансируемых исследовательских сетей – «Объединенной программы изучения передового опыта по борьбе с аутизмом» (CPEA) и «Программы усовершенствования исследований по изучению и лечению аутизма» (STAART). В США исследователи ACE планируют раскрыть механизмы, посредством которых ассоциируемые с аутизмом гены влияют на развитие головного мозга. С этой целью планируется проведение секвенирования (определения последовательности нуклеотидов) экзомов – кодирующих фрагментов ДНК.

Специальные молекулярно-генетические и цитогенетические исследования редких мутаций и однонуклеотидных вариантов генного полиморфизма, а также специфического влияния на гены-кандидаты факторов окружающей среды проводятся в течение последнего десятилетия в США и Европе. С дизайном и полученными результатами можно ознакомиться на сайтах этих проектов:

- «Генетические и средовые факторы риска развития аутизма у детей» (CHARGE), *www.beincharge.ucdavis.edu*;
- «Когорта рожденных с аутизмом» (ABC), *www.autismtoday.com*;
- «Эйвонское лонгитудинальное исследование родителей и детей с первазивными нарушениями развития» (ALSPAC), *www.bristol.ac.uk*;
- Исследовательская сеть «Центры для изучения аутизма, нарушений развития и эпидемиологии» (CADDRE), *www.cdc.gov*;
- «Маркеры аутизма у грудных детей – изучение ранних признаков», *www.secure.ucdmc.ucdavis.edu*.

## Нейроанатомические, нейровизуализационные и нейрофизиологические исследования

На сегодняшний день РСА повсеместно рассматриваются как нарушения нейроразвития, подразумевающие резко дисгармоничное развитие мозга и формирование нервных связей. Нейровизуализационные и нейрофизиологические исследования продемонстрировали у многих детей с РСА структурные нарушения мозжечка, увеличение желудочков

мозга, изменение объема белого и серого вещества, нарушения химических процессов, синтеза серотонина и электрофизиологии мозга, тем не менее эти данные длительное время не рассматривались как имеющие существенное диагностическое значение (Courchesne et al., 2004; Hazlett et al., 2005; Lainhart, 2006).

Исследования последних лет позволяют наполнить дефиницию первазивных нарушений развития новым смыслом. Начиная с 2007 г., в рамках программы ACE проводятся широкомасштабные исследования по изучению раннего развития головного мозга и поиску биомаркеров аутизма. Так, были получены очень важные результаты, позволяющие выявлять РСА в возрасте менее одного года. Открытия в области нейроанатомии и нейрофизиологии первазивных нарушений развития легли в основу новых алгоритмов очень ранней диагностики расстройств, что кардинально улучшило возможности применения методов раннего вмешательства.

В возрасте до двух лет происходит ускоренный рост мозга – чрезмерное увеличение объема серого и белого вещества; в последующие годы наблюдаются специфические особенности в развитии «эмпатической цепи» мозга, приводящие к структурно-анатомическим, нейрохимическим особенностям строения миндалевидного тела, вентромедиальной префронтальной и фронтоорбитальной коры, височно-теменных областей, передней части поясной извилины. Удалось установить наличие четких структурно-функциональных различий этих структур мозга у пациентов с РСА и здоровых детей (Lombardo et al., 2011). Установлено, что специфичное при РСА нарушение развития белого вещества мозга может быть выявлено у детей при помощи методов нейровизуализации мозга в возрасте до 6 месяцев.

Новое проспективное многоцентровое исследование по визуализации структур головного мозга у новорожденных (IBIS), финансируемое ACE, направлено на изучение формирования головного мозга и психомоторного развития детей с высоким генетическим риском возникновения аутизма. В новой фазе IBIS будет рандомизировано несколько сотен детей в возрасте около 3 месяцев, за развитием которых будут наблюдать до достижения ими 2-летнего возраста при помощи частых контрольных осмотров и расширенного набора методов нейровизуализации и оценки формирования адаптивного поведения. Есть основания считать, что для выявления детей, подверженных риску развития аутизма, можно также использовать методы отслеживания движений глазных яблок. Создано оборудование, и в ближайшие годы будут разработаны диагностические алгоритмы, позволяющие с высоким уровнем надежности выявлять глазодвигательные паттерны, специфичные для первазивных нарушений развития и других ранних поведенческих нарушений у детей.

## Факторы окружающей среды

Ряд связанных с экологией факторов окружающей среды были отмечены и «разрекламированы» в сети Интернет и СМИ как играющие роль в этиологии аутизма, в том числе ртуть, кадмий, никель, трихлорэтилен, винилхлорид (Kinney et al., 2010). Важно отметить, что предложенная ранее связь между MMR-вакцинами (тривакцина против кори, эпидемического паротита и коревой краснухи) и аутизмом была развенчана международными агенствами, среди которых Центры по контролю и профилактике заболеваний США, Институт медицины Американской национальной академии наук, Национальная служба здравоохранения Великобритании и Кокрановская библиотека (Wakefield et al., 1998). Статья, опубликованная в *Lancet*, в которой была предположена связь между вакцинами MMR и аутизмом, была объявлена мошеннической и официально опровергнута.

W.B. Grant и C.M. Soles (2009) удалось доказать связь между рядом экологических факторов, действие которых приводит к формированию дефицита витамина D, и повышением риска развития аутизма. Для подтверждения этих данных требуется проведение дальнейших исследований.

Есть признаки того, что наряду с генным полиморфизмом и факторами окружающей среды эпигенетические факторы, влияя на экспрессию генов, также играют некоторую роль в генезе аутизма (Grafodatskaya et al., 2010). Эпигенетическое направление исследований является достаточно перспективным в построении объяснительной модели предполагаемого увеличения заболеваемости аутизмом в течение последнего десятилетия.

## Факторы риска, выделенные на основании принципов доказательной медицины

В клиническом руководстве NICE (2011) «Аутизм: распознание, направление к врачу, диагностика детей и молодых людей с расстройствами спектра аутизма», с указанием на низкое качество доказательной базы, перечислены наиболее значимые факторы риска РСА:

- наличие сиблингов с аутизмом;
- наличие сиблингов с другими формами РСА;
- наличие шизофрении (других психозов) в семейном анамнезе;
- наличие аффективного расстройства в семейном анамнезе;
- наличие других психических или поведенческих расстройств в семейном анамнезе;
- возраст матери > 40 лет;
- возраст отца от 40 до 49 лет (для РСА);
- возраст отца старше 40 лет (для аутизма);
- вес при рождении < 2500 г;
- недоношенность (возраст гестации < 35 недель);
- реанимационные мероприятия после рождения (пребывание в отделении реанимации новорожденных);
- наличие врожденных пороков развития;
- мужской пол новорожденного;
- угроза аборта при сроке < 20 недель;
- проживание в больших городах;
- проживание в пригородах больших городов.

С тем же низким уровнем доказательности в руководстве NICE отмечен ряд медицинских состояний, связанных с РСА (распространенность РСА указана в скобках):

- интеллектуальная недостаточность (8-27,9%);
- синдром ломкой Х-хромосомы (24-60%);
- туберозный склероз (26-79%);
- неонатальная энцефалопатия/эпилептическая энцефалопатия/инфантильные спазмы (4-14%);
- церебральный паралич (15%);
- синдром Дауна (6-15%);
- мышечная дистрофия (3-37%);
- нейрофиброматоз (4-8%).

Аутоиммунные факторы также рассматриваются как возможные этиологические факторы для аутизма. Результаты исследования M.O. Bakare и K.M. Munir (2011) используются для демонстрации реакции между антителами матери и плода в генезе первазивных

нарушений развития. Некоторые факторы риска имеют доказательную базу только для отдельных регионов, например неонатальные соматические заболевания, такие как постэнцефалитический синдром и сепсис, признаны предикторами РСА для стран Африки, прежде всего, к Югу от Сахары.

Таким образом, несмотря на то что роль наследственности в генезе аутизма, несомненно, является очень высокой, гетерогенность и генетический полиморфизм, необходимость учитывать сложные взаимодействия между генами и окружающей средой, непонимание механизмов экспрессии генов и роли эпигенетических факторов делают этиопатогенетические исследования первазивных нарушений развития сложной научной проблемой. Некоторые стартовавшие уже амбициозные индивидуальные и семейные лонгитудинальные исследования позволяют надеяться на ее разрешение в ближайшие годы.

Будущие генетические исследования аутизма с высокой вероятностью будут сосредоточены на изучении взаимодействия ген – окружающая среда. Цель этих испытаний – решить вопросы, связанные с выяснением роли генетической гетерогенности, эпигенетических механизмов и модифицирующих факторов окружающей среды. Остается надеяться, что технологические достижения в сочетании с лонгитудинальными исследованиями помогут в ближайшем будущем раскрыть этиопатогенетическую сущность аутизма и разработать конкретные способы его профилактики и лечения.

# Расстройства спектра аутизма: факторы риска и профилактика

*И.А. Марценковский,*
*Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев*

Диагностическая категория расстройств из спектра аутизма (РСА) объединяет нарушения общего (первазивного) развития, характеризующиеся качественными нарушениями общения, социального взаимодействия, ограниченными интересами и стереотипными формами поведения [1].

По данным МЗ Украины, заболеваемость РСА с 2006 по 2010 гг. выросла в 2,5 раза. Показатель распространенности аутизма стабильно повышается в течение последних 4 лет: в 2007 г. – на 28,2%; в 2008 г. – на 32,0%, в 2009 г. – на 27,2%, в 2010 г. – на 35,7%. По предварительным данным, в 2011 г. заболеваемость расстройствами F84.0-F84.9 возросла на 29%.

Биологическая терапия расстройства, опирающаяся на принципы доказательной терапии, до настоящего времени не разработана. Специальные методы поведенческой терапии, как, например, прикладной поведенческий анализ (ABA), игровой терапии, такие как техники последовательных минимальных вмешательств (Floortime technique), демонстрируют высокую эффективность, но не могут предотвратить формирование социальной дисфункциональности пациента.

Тяжесть РСА определяется выраженностью нарушений социально-адаптивного поведения и когнитивного функционирования, которые могут варьировать в широком диапазоне. Тем не менее, даже высокофункциональные аутисты на протяжении всей жизни сохраняют дефицит социальной компетентности и, как правило, не могут существовать независимо.

Надежды специалистов, занимающихся изучением РСА, возлагаются на разработку методов эффективной профилактики расстройства.

Профилактика (др.-греч. *prophylaktikos* – предохранительный) – комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение развития или обострения течения какого-либо расстройства путем устранения или ослабления влияния факторов риска. Традиционно различают первичную, вторичную и третичную профилактику. Ошибочное выделение факторов риска и непродуманные профилактические стратегии вместо снижения риска заболеваемости РСА могут привести к ухудшению состояния здоровья населения.

Первичная профилактика – система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболевания. Примерами крайне неудачных стратегий первичной профилактики РСА являются прошедшие во многих странах Европы и США «компании борьбы с вакцинацией». Эти компании не привели к снижению заболеваемости РСА, а, к тому же, ухудшили эпидемическую ситуацию и

дискредитировали в глазах педиатров саму идею такого направления первичной профилактики, как «специальный график вакцинации у детей с симптомами аутизма в возрасте до 3 лет».

Вторичная профилактика – комплекс мероприятий, направленных на устранение или ослабление влияния тех факторов риска, которые при определенных условиях могут привести к усилению прогрессирования и ухудшению социального прогноза расстройства. Примерами стратегий вторичной профилактики при РСА являются безглютеновые и бесказеиновые диеты. По-видимому, эти стратегии могут быть эффективны у детей дошкольного возраста. В более старшем возрасте чрезмерное увлечение родителей специальными диетами нередко сопровождается необоснованным приемом ребенком различных пищевых добавок, снижением внимания к терапевтически эффективным поведенческим интервенциям.

Третичная профилактика – комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. В случае РСА более уместно говорить об абилитации. Цель третичной профилактики при РСА – социальная (достижение максимально возможного уровня социального функционирования), психологическая (достижение возможности независимости существования), медицинская (устранение поведенческих нарушений) абилитация и предупреждение социальной дисфункциональности. Примером успешной стратегии третичной профилактики является стратегия инклюзивного образования, к числу неуспешных можно отнести дельфинотерапию – метод психотерапии с доказанной в ходе контролируемых исследований неэффективностью.

В настоящее время многие особенности семейной истории и неблагоприятные факторы, воздействующие на организм матери и отца во время зачатия, а также на плод, постнатальные вредные факторы стали объектами исследований с точки зрения их влияния на риск возникновения РСА и тяжесть его течения. Обсуждается связь с повышенным риском развития РСА ряда пренатальных факторов: приема вальпроевой кислоты, талидомида, злоупотребления алкоголем, перенесенной краснухи, а также некоторых перинатальных вредных факторов: низкого веса при рождении (< 2500 г), низкой оценки по шкале Апгар на 5-й минуте (< 6 или < 7), гестационного возраста при рождении < 37 недель, кесаревого сечения, врожденных пороков развития [2-4].

Использование селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) беременными женщинами, по-видимому, также повышает риск развития РСА у их детей [5]. Выявлено 2-кратное увеличением риска заболевания РСА детей матерей, которые применяли СИОЗС в течение года до родов, и 3-кратное – при приеме СИОЗС во время первого триместра беременности.

По данным ряда авторов, возраст матери при зачатии ребенка до 30 лет, отца – более 35 лет статистически достоверно связан с риском развития РСА [2, 6, 8]. Риск возникновения РСА статистически значимо возрастает с увеличением возраста как отца, так и матери ребенка на каждые 10 лет [7-8].

К числу важных для РСА факторов риска относятся и внутриутробные инфекции. Было показано, что госпитализация матери в первом триместре беременности в связи с вирусной инфекцией, а во втором триместре – с бактериальной ассоциирована с диагнозом РСА [9]. Существует предположение, что биологическими механизмами бактериального и вирусного факторов риска являются иммунные нарушения и аутоиммунные повреждения желудочно-кишечного тракта, нервной системы и генома плода [10].

Экологические факторы также могут быть мутагенными, повышая риск развития РСА. Установлены пять факторов окружающей среды – ртуть, кадмий, никель, трихлорэтилен и винилхлорид, увеличение экспозиции которых ассоциировано с РСА [11]. Еще три экологических фактора – проживание в регионах, которые являются урбанизированными, расположены в более высоких широтах или регионах с высоким уровнем осадков в течение года, могут быть связаны с недостаточностью солнечной инсоляции и развитием дефицита витамина D.

Витамин D играет важную роль в репарации ДНК и защите генома от окислительного стресса, являющегося основной причиной его повреждения. Факторы, связанные с дефицитом витамина D, предположительно, способствуют повышению частоты новых мутаций и затрудняют восстановление генов [11].

## Материалы и методы исследования

Целью исследования, проводившегося в отделе медико-социальных проблем терапии психических расстройств Украинского НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии, было выявление и оценка значимости факторов риска РСА, а также разработка новых стратегий профилактики расстройства. Проведено анамнестическое обследование 400 детей в возрасте от 3 до 7 лет с диагнозами РСА (F84.0-F84.9), установленными на основании диагностических критериев DSM-IV. Диагностическая процедура включала опрос родителей с использованием украинской легализованной версии диагностического полуструктурированного интервью аутизма (ADI-R). У 280 из 400 включенных в исследование детей РСА были диагностированы первично. Контрольную группу составили 200 психически здоровых детей в возрасте 3-7 лет.

Семьи детей основной и контрольной групп были подвергнуты ранжированному анамнестическому обследованию, включавшему изучение образа жизни и состояния здоровья родителей в течение года перед зачатием, особенностей протекания беременности у матери, истории развития и заболевания ребенка. У всех детей оценивались и ранжировались предположительные факторы риска РСА в пренатальный, перинатальный и послеродовой периоды: возраст родителей, наличие тяжелых психических расстройств и задержек развития речи в семейном анамнезе, вредные факторы, связанные с беременностью и родами – курение, прием противоэпилептических препаратов, нейролептиков и антидепрессантов, угрозы выкидышей, бактериальные и вирусные инфекции, кесарево сечение и другие родовспомогательные операции, маленький срок гестации, низкий вес новорожденного, низкий балл по шкале Апгар, гипоксически-ишемическое поражение мозга при рождении. В качестве случаев перенесенных инфекций учитывались указания на респираторные и мочеполовые заболевания, при которых беременные получали специфическую терапию или проходили лечение в стационаре.

С целью доказательства возможной связи факторов риска и РСА был проведен статистический анализ с применением 17-й версии SPSS.

## Результаты исследования и их обсуждение

На рисунке 1 представлено распределение включенных в исследование детей с РСА в зависимости от их возраста. Большинство детей были в возрасте 30-50 и 58-71 месяцев.

На рисунке 2 показана зависимость удельного веса рандомизированных детей с РСА от возраста, когда было диагностировано расстройство. Детей с РСА в возрасте

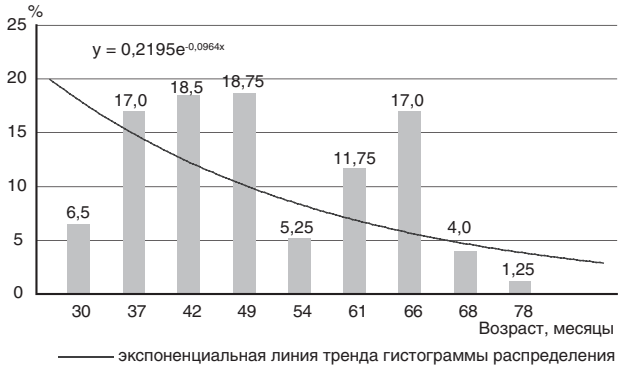


**Рис. 1. Распределение включенных в исследование детей с РСА в зависимости от возраста**

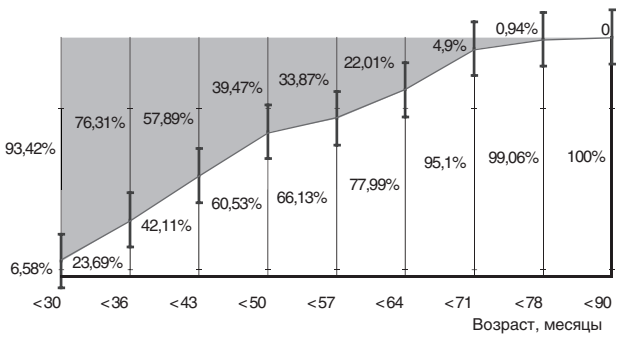


**Рис. 2. Удельный вес включенных в исследование детей с РСА, диагностированных в возрасте 30-90 месяцев**

2,5-4 лет рассматривали как своевременно диагностированных, в возрасте 4,5-7 лет квалифицировали как случаи поздней диагностики.

В исследовании только у 7% детей диагноз РСА был установлен в возрасте до 30 месяцев. До 3-летнего возраста расстройство было диагностировано только у каждого четвертого, до 4-летнего – у каждого второго включенного в исследование пациента. К возрасту 6 лет диагнозы РСА были выставлены 95% детей, не более чем у 1% расстройство впервые диагностировалось в период от 6 до 7 лет.

Таким образом, можно констатировать, что большинство родителей, дети которых имеют признаки первазивного развития, обращаются за специализированной психиатрической помощью относительно поздно. По-видимому, это связано с низкой информированностью родителей и врачей первичной медицинской помощи в отношении клинических проявлений РСА и эффективных стратегий помощи таким детям. Вероятно, успешной стратегией вторичной профилактики может стать обучение родителей и врачей общей практики (психообразовательная робота на макросоциальном уровне).

В ходе исследования в основную группу были включены 316 мальчиков и 84 девочки. На рисунке 3 представлена гендерная характеристика рандомизированных пациентов.

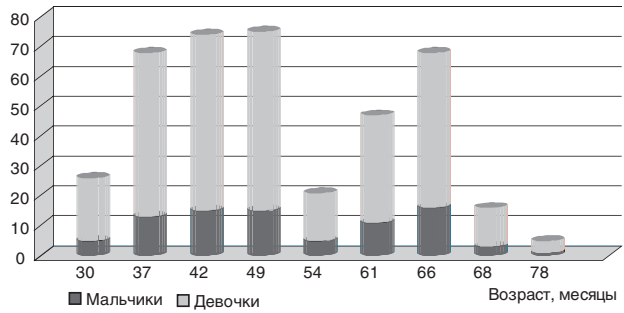


**Рис. 3. Распределение включенных в исследование детей с РСА с учетом пола и возраста**

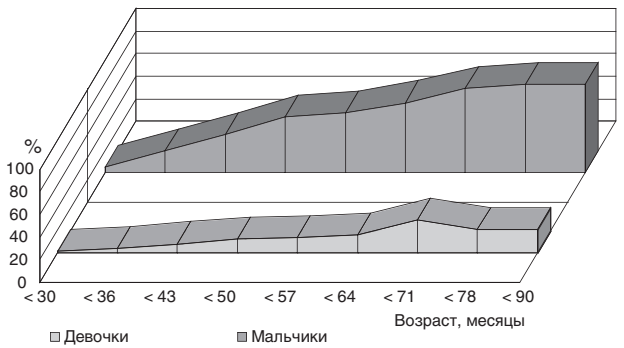


**Рис. 4. Гендерная структура удельного веса включенных в исследование детей с РСА в возрасте 30-90 месяцев**

На рисунке 4 показана зависимость удельного веса включенных в исследование девочек и мальчиков от возраста диагностики у них расстройства. В любом возрасте аутизм у мальчиков диагностируется в несколько раз чаще, чем у девочек. Среди детей, у которых РСА было выявлено в возрасте до 30 месяцев, мальчиков было в четыре раза больше. Число диагностированных случаев расстройства среди мальчиков к 3 годам было в 4,2 раза выше, к 4 – в 4, к 5 – в 3,9, к 6 – в 2,6, к 7 – в 3,7 раза выше, чем среди девочек. Среди поздно диагностированных случаев РСА наблюдалась тенденция к увеличению удельного веса девочек. По-видимому, дополнительными стратегиями вторичной профилактики могут стать изучение гендерных различий протекания РСА у детей, а также действия, направленные на раннюю диагностику первазивных нарушений развития у девочек.

На рисунке 5 представлены факторы риска, ассоциированные с РСА: 1 – задержка речевого развития у одного из родителей, 2 – тяжелое психическое расстройство у родственников первой линии родства, 3 – РСА в семейной истории, 4 – прием антидепрессантов в течение года до зачатия ребенка, 5 – прием антидепрессантов на протяжении 1-го триместра беременности, 6 – применение солей вальпроевой кислоты в течение года до зачатия ребенка, 7 – прием антибиотиков и противовирусных препаратов на протяжении первого триместра беременности, 8 – применение солей вальпроевой

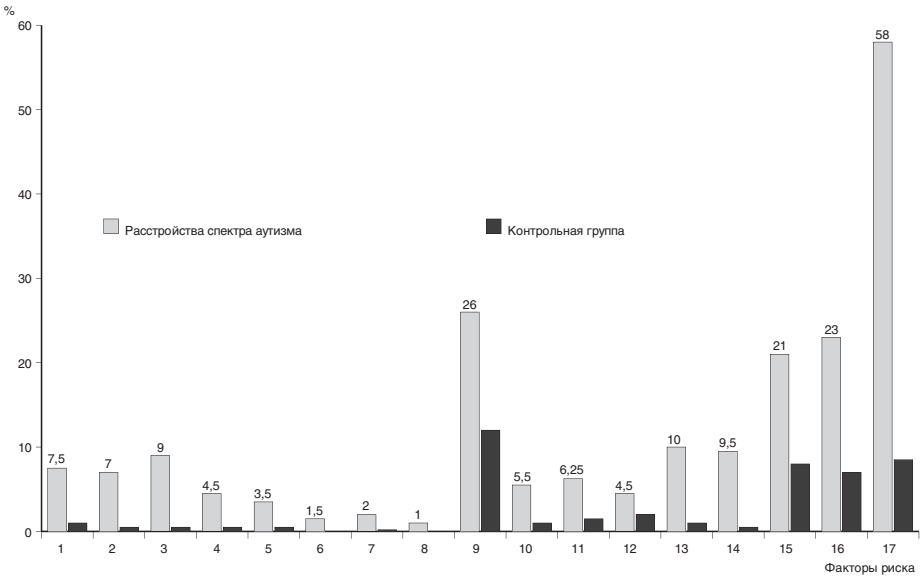


**Рис. 5. Представленность основных факторов риска у детей с РСА и контрольной группы**

кислоты в течение первого триместра беременности, 9 – признаки гипоксически-ишемического поражения мозга во время беременности и родов (низкий балл по шкале Апгар), 10 – срок гестации меньше 38 недель, 11 – инфекции во время беременности, 12 – риск самопроизвольного аборта, 13 – родовспомогательные операции (кесарево сечение), 14 – зачатие путем экстракорпорального оплодотворения, 15 – табакокурение матери, 16 – поздний возраст матери, 17 – поздний возраст отца.

Задержки речевого развития, по меньшей мере, у одного из родителей имели место в семейном анамнезе у 30 из 400 детей с РСА; у 6 из них есть основания предполагать наличие в дошкольном возрасте расстройства рецептивной речи, у 8 отцов расстройства речевой артикуляции определялись на момент обследования. В контрольной группе в семейном анамнезе не выявлено ни одного случая рецептивного расстройства речи, задержки речевого развития имели место у 4 человек: у 3 отцов – расстройства речевой артикуляции, у одного – расстройство экспрессивной речи.

Тяжелые психические заболевания (шизофрения, биполярное расстройство) наблюдались у 28 человек из числа родственников первой линии родства детей с РСА и только у одного родителя ребенка из числа включенных в контрольную группу.

В основной группе в семейной истории установлены 36 случаев расстройств общего развития, в контрольной группе – 2.

В проведенном исследовании большое значение имели факторы, отнесенные к группе таковых, повышающих риск новых мутаций при зачатии ребенка: поздний возраст матери и/или отца на момент зачатия ребенка, зачатие путем экстракорпорального оплодотворения, прием антидепрессантов или солей вальпроевой кислоты в течение года до зачатия ребенка. Каждый из этих факторов коррелировал с более высоким риском развития РСА.

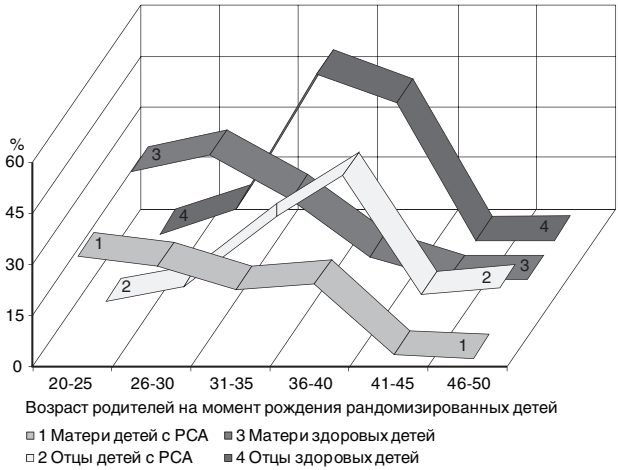


**Рис. 6. Гистограммы распределения родителей детей основной и контрольной групп по возрасту на момент рождения детей**

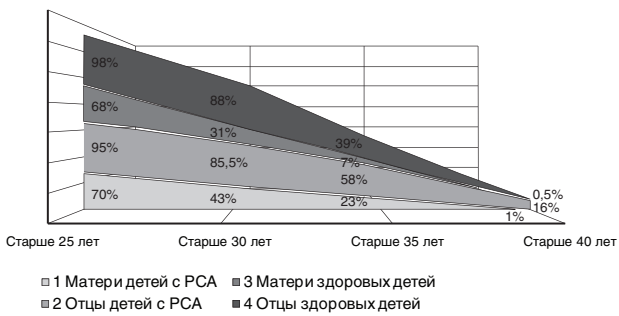


**Рисунок 7. Изменение удельного веса родителей достигших определенного возраста детей с РСА и контрольной группы**

На рисунке 6 приведены гистограммы распределения возраста родителей на момент рождения детей с РСА и контрольной группы. Среди матерей, родивших детей с РСА, женщин в возрасте старше 35 лет было 92 (23%), в контрольной группе – только 14 (7%). Среди отцов детей основной группы на момент зачатия старше 35 лет было 232 человека (58%), контрольной группы – 82 (9%).

Так, фактор экстракорпорального оплодотворения тесно ассоциирован с фактором позднего возраста матерей. В основной группе в результате экстракорпорального оплодотворения родились 7 детей. Все матери новорожденных были старше 35 лет и относились к категории возрастных первородящих. В контрольной группе не было ни одного ребенка, появившегося на свет в результате искусственного оплодотворения.

Таким образом, экстракорпоральное оплодотворение повышало риск развития РСА в семь раз. Тем не менее, не было получено прямых доказательств того, что именно экстракорпоральное оплодотворение, а не поздний возраст матерей или

ассоциированные с ним нарушения протекания беременности и патология родов повышают риск РСА.

Высокая конкордантность РСА у монозиготных близнецов и низкая – у дизиготных, хорошо известная исследователям, поддерживает гипотезу, что в основе значительного числа новых случаев расстройства может лежать появление новых мутаций. В рассматриваемом исследовании высокие значения интегрального показателя, такого как «факторы, повышающие риск новых мутаций при зачатии ребенка», позитивно коррелировали с отдельными признаками, отнесенными к другому показателю, – «факторы риска, связанные с рождением ребенка»: гипоксически-ишемическим поражением мозга (низким баллом по шкале Апгар при рождении), родовспомогательными операциями, небольшой (менее 38 недель) длительностью периода гестации при рождении.

Родовспомогательные операции имели место в акушерском анамнезе 40 детей основной и 4 детей контрольной групп ($p < 0,001$), инфекции и угроза самопроизвольного аборта – у 25 и 6 ($p < 0,01$), а также у 18 и 4 ($p < 0,01$) матерей в группах сравнения соответственно.

Низкий, менее 38 недель, срок гестации наблюдался у 22 пациентов с РСА и только у 5 – контрольной группы. Из числа детей с РСА, рожденных вследствие экстракорпорального оплодотворения, большинство (5 человек) родились недоношенными с признаками гипоксически-ишемического поражения ЦНС.

На рисунке 7 приведены диаграммы распределений детей с РСА и здоровых детей в зависимости от оценок в баллах по шкале Апгар при рождении. У пациентов с РСА оценка по шкале Апгар варьировала в диапазоне от 6 до 10 баллов, в контрольной группе – от 7 до 10 баллов. Логарифмические линии аппроксимации и сглаживания распределений детей в основной и контрольной группах свидетельствуют о большей вероятности экзацербации (обострения) РСА при гипоксически-ишемическом поражении мозга.

Прием некоторых лекарственных средств в течение года до рождения ребенка – в период времени, непосредственно предшествующий зачатию или во время такового, в исследовании был ассоциирован с увеличением риска развития РСА. Прием матерями детей основной группы антидепрессантов и солей вальпроевой кислоты сопровождался шестикратным повышением риска развития заболевания. При применении в первом триместре беременности антидепрессантов риск развития РСА возрастал в два раза, антибиотиков, противовирусных препаратов и солей вальпроевой кислоты – в четыре раза.

Полученные данные о повышенной частоте приема некоторых фармакологических средств в преморбиде детей с РСА не доказывают того факта, что применение именно этих лекарств повышает риск заболевания. Возможно, что в исследовании была обнаружена ассоциация с РСА не приема матерями антидепрессантов и солей вальпроевой кислоты, а заболеваний, в связи с которыми женщины получали данные препараты. Полученные результаты можно также объяснить тем, что РСА, аффективные расстройства и эпилепсия могут иметь общие нейробиологические предикторы, например, они могут быть связаны с одинаковыми проявлениями генного полиморфизма.

Действие токсических факторов во время беременности также, по-видимому, повышает риск РСА. Табакокурение во время беременности увеличивает риск РСА в 2,6 раза; 21% матерей основной и только 8% контрольной группы курили во время

беременности. Прием антибактериальных и противовирусных препаратов во время беременности повышает риск аутизма в 4 раза, инфекции – в 4,2.

В ходе исследования выявлено, что среди многочисленных факторов риска РСА более сильным влиянием характеризуются те, действие которых принято связывать с появлением новых мутаций при зачатии ребенка: поздний возраст матери и/или отца на момент зачатия, зачатие путем экстракорпорального оплодотворения, прием антидепрессантов или солей вальпроевой кислоты в течение года до зачатия ребенка.

Поздний возраст отцов в значительной мере повышает риск развития РСА у их детей, чем таковой матерей. Этот факт, по-видимому, можно объяснить тем, что у мужчин старше 35 лет плотность генетических мутаций выше, чем у женщин аналогичного возраста.

## Выводы

Таким образом, полученные данные позволяют отнести охрану здоровья родителей в период зачатия ребенка к стратегиям первичной профилактики РСА. Важной является пропаганда здорового образа жизни, охрана репродуктивного здоровья не только матери, но и отца будущего ребенка.

Действие токсических факторов во время беременности (курение, вирусные и бактериальные заболевания, прием лекарственных средств), как показало исследование, также повышает риск РСА. Важное значение, по-видимому, имеют и другие вредные факторы перинатального периода. Было доказано повышение риска развития аутизма при наличии одного или нескольких неблагоприятных событий акушерского анамнеза, таких как низкий вес при рождении (< 2500 г), низкая оценка по шкале Апгар на 5-й минуте (< 6 или 7), гестационный возраст при рождении < 37 недель, родовспомогательные операции в акушерском анамнезе. Следует обратить внимание на то, что различные вредные факторы во время беременности влияют на риск развития РСА в равной степени. Также требуют объяснения полученные данные о том, что прием женщинами в первом триместре беременности антидепрессантов и солей вальпроевой кислоты повышал риск РСА в меньшей степени, чем во время нее и перед зачатием.

Можно предположить, что биологические механизмы, лежащие в основе РСА, с одной стороны, включают в себя появление новых мутаций в яйцеклетках и сперматозоидах родителей, связанных со старением их организмов, с другой стороны, неразрывно связаны с изменениями в генетическом импринтинге, повышающими вероятность таких мутаций и снижающих возможность регенерации генов. Поздний возраст матери и/или отца на момент оплодотворения, зачатие путем экстракорпорального оплодотворения повышают не только непосредственно риск заболевания ребенка РСА, но и риск рождения ребенка с низким гестационным периодом и гипоксически-ишемическим поражением мозга. Недоношенность и гипоксически-ишемическое поражение мозга, в свою очередь, могут увеличивать генный полиморфизм и экспрессию генов, повышая риск развития РСА [2,6,13]. По-видимому, обеспечение благоприятного протекания беременности можно отнести к числу стратегий вторичной профилактики РСА.

## Литература

1. Filipek P.A., Accardo P.J., Baranek G.T., Cook Jr. E.H., Dawson G., Gordon B., Gravel J.S., Johnson C.P., Kellen R.J., Levy S.E., Minshew N.J., Prizant B.M., Rapin I., Rogers S.J., Stone W.L., Teplin S., Tuchman R.F., Volkmar F.R. The screening and diagnosis of autism spectrum disorders // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 1999. – V. 29. – № 2. – P. 439-484.

2. Larsson H.J., Eaton W.W., Madsen K.M., et al. Risk factors for autism: perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status // Am J Epidemiol. – 2005. – V. 161. – P. 916-925.

3. Hultman C.M., Sparen P., Cnattingius S. Perinatal risk factors for infantile autism // Epidemiology. – 2002. – V. 13. – P. 417 – 423.

4. Glasson E.J., Bower C., Petterson B. et al. Perinatal factors and the development of autism // Arch Gen Psychiatry. – 2004. – V. 61. – P.618-627.

5. Croen L.A., Grether J.K., Yoshida C.K., Odouli R., Hendrick V. Antidepressant Use During Pregnancy and Childhood Autism Spectrum Disorders // Arch Gen Psychiatry. – 2011. – DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.73.

6. Reichenberg A., Gross R., Weiser M., Bresnahan M., Silverman J., Harlap S., Rabinowitz J., Shulman C., Malaspina D., Lubin G., Knobler H. Y., Davidson M., Susser E. Advancing Paternal Age and Autism // Arch Gen Psychiatry. – 2006. – V. 63. – № 9. – P.1026-1032.

7. Croen L.A., Najjar D.V., Fireman B., Grether J.K. Maternal and Paternal Age and Risk of Autism Spectrum Disorders // Arch Pediatr Adolesc Med. – 2007. – V. 161. – № 4. – P.334-340.

8. Grether J.K., Anderson M.C., Croen L.A., Smith D., Windham G.C. Risk of autism and increasing maternal and paternal age in a large north American population // Am J Epidemiol. – 2009. – V. 170. – № 9. – P. 1118-1126.

9. Pattersona P.H. Maternal infection and immune involvement in autism // Trends in Molecular Medicine. – 2011. – V. 17. – № 7. – P. 389-394.

10. Atladottir H.O., Thorsen P., Schendel D.E., Ostergaard L., Lemcke S., Parner E.T. Association of Hospitalization for Infection in Childhood With Diagnosis of Autism Spectrum Disorders // Arch Pediatr Adolesc Med., 2010. – V. 164. – № 5. – P.470-477.

11. Kinneyab D.K., Barcha D.H., Siena Napoleona B.Ch., Munirbc K.M. Environmental risk factors for autism: Do they help cause de novo genetic mutations that contribute to the disorder? // Medical Hypothesesю – 2010. – V. 74. – № 1. – P. 102-106.

12. Julie G, Hamdan F., Rouleau G.A. A Strategy to Identify de Novo Mutations in Common Disorders such as Autism and Schizophrenia // Journal of visualized experiments: JoVE, 2011. – DOI:10.3791/2534.

13. Craig J. Newschaffer, Daniele Fallin, Nora L. Lee. Heritable and Nonheritable Risk Factors for Autism Spectrum Disorders // Epidemiol Rev. – 2002. – V. 24. – P. 137-153.

# Расстройства спектра аутизма: вопросы ранней диагностики

*И.А. Марценковский,*
*Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины,*
*Д.И. Марценковский,*
*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев*

Термин «расстройства спектра аутизма» (РСА) используется для обозначения группы состояний, связанных с нарушениями нейроразвития и характеризующихся качественными отклонениями в реципрокном социальном взаимодействии, вербальной и невербальной коммуникации, а также ограниченными стереотипными или повторяющимися формами поведения, интересами и движениями. Симптомы РСА проявляются в возрасте до 3 лет, чаще в 12-18 месяцев, но в отдельных психических сферах признаки первазивного развития не диагностируются на протяжении, по меньшей мере, еще нескольких лет.

Рост заболеваемости, высокий уровень инвалидизации, тяжесть финансовых расходов на специальную терапию и социальную поддержку особых потребностей больных, эмоциональное влияние расстройства на семьи делают РСА серьезным вызовом для систем социального обеспечения и публичного здравоохранения даже наиболее экономически развитых стран.

Диагностические стандарты для РСА отличаются в разных странах и регионах, зависят от культуры и подходов к воспитанию детей, но в той или иной степени устанавливают необходимость ранней диагностики и создания развитой системы квалифицированного наблюдения. Контроль над развитием должен быть обеспечен для всех детей с РСА с участием членов их семей, педагогов, врачей первичного уровня медицинской помощи, детских психиатров. Это наблюдение должно включать проведение специального скрининга тех детей, у которых есть подозрения на наличие РСА, и последующий мониторинг их развития.

Современные методы терапии позволяют добиться значительного улучшения качества жизни лиц, страдающих РСА, обеспечить более высокий уровень социального функционирования и инклюзии сравнительно с тем, что было несколько лет назад. Однако в настоящее время РСА остаются неизлечимыми расстройствами, и большинство людей, особенно в развивающихся странах и новых независимых государствах, за единичными исключениями, не получают необходимого лечения и поддержки.

Реформирование системы психиатрической помощи детям должно, прежде всего, предполагать расширение возможностей системы здравоохранения в сфере ранней диагностики и мониторинга течения наиболее распространенных болезненных состояний в обществе. К таким состояниям относятся нарушения умственного развития, церебральный паралич, глухота, слепота и РСА.

## От работ Аспергера и Каннера к диагностическим критериям МКБ-11 и DSM-5

Термины «шизофрения» и «аутизм» были введены в клиническую практику шведским психиатром Э. Блейлером. Он использовал греческое слово *autos* (сам) для описания погружения больных шизофренией в воображаемые ими виртуальные миры, чтобы справиться с восприятием непереносимой окружающей действительности или переживаниями (Kuhn, 2004).

Употреблять термин «аутизм» в нынешнем его значении начали в клинической психиатрии около 30 лет тому назад, после того как австрийский педиатр Г. Аспергер (1938) использовал его в лекции по аутистической психопатии, прочитанной в Венском университетском госпитале. Позднее, в 1944 г., Аспергер опубликовал свою вторую кандидатскую диссертацию, в которой подробно описал группу детей и подростков с дефицитом общения, социальных навыков и ограниченными, повторяющимися формами поведения. Статья Аспергера, опубликованная в разоренной войной Германии, длительное время оставалась малоизвестной для широкой аудитории, пока У. Фрит, ведущий специалист по психологии развития, член Лондонского королевского общества, Британской академии, Академии медицинских наук, не опубликовала перевод статьи на английском языке.

В тоже время, в 1943 г. Л. Каннер, американский психиатр австрийского происхождения, известный первым описанием детского аутизма и последующими работами в этой области, один из основателей детской психиатрии, работающий в университетском госпитале Джонса Хопкинса (Нью-Йорк, США), не зная об исследовании Аспергера, в своей классической работе «Аутистические нарушения аффективного контакта» описал 11 детей, которые имели поведенческие нарушения, подобные описанным Аспергером при аутистической психопатии. Многие клинические проявления расстройства, описанные Каннером, такие как аутистичная отчужденность, настаивание на одинаковости, специфические нарушения внимания, в настоящее время являются частью диагностических критериев аутизма в МКБ-10 и DSM-5. Дети, описанные Аспергером, отличались от описанных Каннером тем, что не имели значительных задержек в когнитивном и речевом развитии.

Идеи Аспергера и Каннера получили дальнейшее развитие в Великобритании в исследованиях Л. Винг (1997). С ее именем связывают представления об аутизме как о спектре расстройств с континуумом от легкой до тяжелой степени тяжести клинических проявлений и расстройстве Аспергера как части этого континуума.

В развитии учения о РСА был длительный период, когда аутизм рассматривали в качестве психоза детского возраста и классифицировали под рубрикой «детская шизофрения». В середине XX ст. были популярны психоаналитические теории, согласно которым природу аутизма у детей ошибочно объясняли теми же механизмами, что и природу шизофрении – защитным бегством от невыносимой внешней ситуации, сложившейся в результате патогенности семьи. Оригинальное значение термина Блейлера поддерживало эти представления в среде психоаналитически ориентированных психиатров.

К сожалению, некоторые из этих дискредитированных идей до сих пор поддерживаются психиатрами ряда стран, которые необоснованно рассматривают аутизм как

заболевание, этиопатогенетически связанное с шизофренией или органическим поражением мозга, безосновательно противопоставляя процессуальный и органический аутизм. В Украине, Сербии и Хорватии, вопреки диагностическим критериям МКБ-10 и клинической практике, сложившейся в Европе, до недавнего времени при достижении детьми с РСА 18-летнего возраста диагноз аутизма пересматривали и выставляли диагноз шизофрении, умственной отсталости или расстройства личности (Дремова, 2011). В странах, образовавшихся после распада СССР, такая практика сохраняется и в настоящее время.

МКБ-10 классифицирует аутизм как первазивное расстройство развития, группу состояний психики, характеризующихся качественными нарушениями социального взаимодействия, своеобразными и ограниченными формами коммуникации, стереотипиями, повторяющимся репертуаром поведения и интересов (ВОЗ, 1992). Эти качественные нарушения являются характерной чертой недостаточного функционирования во всех сферах деятельности пациента. В DSM-IV также используется дефиниция первазивного расстройства развития, хотя его подтипы отличаются от таковых МКБ-10 (American Psychiatric Association, 2000). Как МКБ-10, так и DSM-IV при диагностике применяют скрининг поведения, требуя для постановки диагноза выполнение ряда диагностических критериев, которые периодически пересматриваются, в соответствии с результатами современных исследований.

Ожидается, что в 2013 г. будет принята DSM-5, а в 2015 г. – МКБ-11. В DSM-5 запланировано значительное сокращение количества классификационных рубрик и пересмотр диагностических критериев РСА, в то время как в соответствующем разделе МКБ-11 существенных изменений не планируется.

В новой редакции DSM будет ликвидировано существующее в DSM-IV разделение между аутизмом, расстройством Аспергера, детским дезинтегративным расстройством и первазивным расстройством развития (PDD NOS). Планируется использовать единую диагностическую категорию аутизма, характеризующуюся: стойким дефицитом социальной коммуникации и социальных взаимодействий, вне учета наличия общей задержки развития; ограниченными, повторяющимися формами поведения, интересов, активности; формированием нарушений в раннем детстве (могут не проявляться, пока растущие социальные требования не станут выше ограниченных возможностей ребенка); нарушениями повседневного функционирования.

Таким образом, из DSM-5 изымут диагностическую категорию расстройства Аспергера, тем самым обеспечив замену концепции дуализма расстройства на концепцию спектра, поддерживаемую Винг, постулировавшей причисление синдрома Аспергера к подгруппе единого спектра аутистических расстройств (Wing et al., 2011).

Еще одной инновацией новой систематики аутизма станет пересмотр диагностических критериев расстройства. В DSM-5, вместо применявшейся в МКБ-10 и DSM-IV оценки классических симптомов аутизма раздельно в трех субсферах, вводится группировка с выделением двух сфер нарушений – дефицита социального общения и ограниченных,

повторяющихся форм поведения. Диагностические критерии РСА в DSM-5 дополнительно предусматривают выделение гипер-/гипоактивности сенсорного восприятия и квалификацию необычных сенсорных интересов в окружающем мире. Вводится ранее отсутствовавшая оценка тяжести РСА, выделяются диагностические категории «нуждающихся в поддержке», «нуждающихся в значительной поддержке» и «нуждающихся в очень значительной поддержке».

Изменения, вносимые в DSM-5, вызвали жаркую полемику как в научных кругах, так и в обществе. Тем не менее, недавние полевые исследования, проведенные в США, подтвердили обоснованность вводимых диагностических критериев.

В одном из исследований было продемонстрировано, что упрощение используемого диагностического алгоритма позволяет снизить расходы на диагностику РСА и одновременно повысить ее надежность. Улучшение опознавания упрощенных диагностических категорий позволяет максимально эффективно использовать доступные ресурсы, снижая затраты на диагностику, повышая ее специфичность и высвобождая дополнительные ресурсы для терапии (Frazier et al., 2012). В другом испытании продемонстрирована надежность диагностических критериев DSM-5, их большая, вне зависимости от пола и возраста по сравнению с критериями DSM-IV, специфичность при диагностике как тяжелых, так и высокофункциональных форм аутизма (William et al., 2012).

Важность РСА в системе публичного здравоохранения продолжает недооцениваться правительствами многих стран и международными организациями. Например, в Африке диагностика РСА начала проводиться только через три десятилетия после публикации работ Аспергера и Каннера (Lotter, 1978; Bakare, Munir, 2011). В странах Восточной Европы ощущается острая нехватка ресурсов и специалистов, что делает помощь, построенную на принципах доказательной медицины, недоступной для большей части пациентов.

## Эпидемиология РСА

Аутизм когда-то считался сравнительно редким заболеванием. Последние эпидемиологические данные существенно изменили это мнение. На основе большого исследования, проведенного Центром по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), распространенность расстройства в США оценивается как 1 случай на 88 детей. Показатель распространенности не зависит от расовых, этнических и социально-экономических различий. Заболевание в пять раз чаще встречается у мальчиков (1 на 54), чем у девочек (1 на 252). На сайте CDC (табл. 1) также представлены результаты многочисленных эпидемиологических испытаний, выполненных в Азии, Европе и Северной Америке. Эти работы демонстрируют среднюю распространенность РСА около 1%. При недавнем изучении этого вопроса в Южной Корее, где исследовались школьники, данный показатель составил 2,6% (3,7% среди мальчиков и 1,5% среди девочек) (Young Shin Kim et al., 2011).

Результаты многих эпидемиологических исследований плохо сопоставимы. Они различаются размерами выборок, способами и критериями рандомизации, используемыми критериями диагностики, применяемыми инструментариями. В отдельных

**Таблица 1. Динамика заболеваемости первазивными нарушениями развития по данным метаанализа Исследовательской сети для мониторинга нарушений развития (ADDMN)**

| Год обзора | Год рождения | Распространенность (число случаев расстройства на 1 тыс. детей, рожденных в определенный год) | Частота (к-во детей, рожденных в определенный год, на каждый случай диагностики расстройства) |
|---|---|---|---|
| 2000 | 1992 | 6,7 (4,5-9,9) | 1/150 |
| 2002 | 1994 | 6,6 (3,3-10,6) | 1/150 |
| 2004 | 1996 | 8,0 (4,6-9,8) | 1/125 |
| 2006 | 1998 | 9,0 (4,2-12,1) | 1/110 |
| 2008 | 2000 | 11,3 (4,8-21,2) | 1/88 |

испытаниях не принимали во внимание случаи первазивных нарушений развития, ассоциированных с тяжелой умственной отсталостью, врожденными аномалиями развития мозга, эпилепсией, недоношенностью; часто не учитывались дети, демонстрировавшие ускоренное развитие, не характерное для их возраста, а также получавшие специальную поддержку в подростковом возрасте. Это объясняет, почему распространенность РСА в Китае (6,4 на 10 тыс.) существенно ниже, чем в Европе и США (Li et al., 2011).

Не вызывает сомнений, что отличия в статистических данных в разных регионах мира объясняются различиями в качестве диагностики РСА, прежде всего случаев с тяжелыми и высокофункциональными формами расстройств и осведомленности населения. Известен ряд эпидемиологических исследований РСА в Европе и Северной Америке, но нет ни одного аналогичного исследования в Африке, к Югу от Сахары (Bakare, Munir, 2011), как, впрочем, и в Украине. Существуют данные о значительном увеличении в последние годы числа диагностированных случаев РСА в Украине (Марценковский, 2012), значительной распространенности расстройств среди детей, рожденных в Швеции матерями из Уганды и Сомали (Gillberg et al., 1995; Barnevick-Olsson et al., 2008).

## Ранняя диагностика РСА

Ранняя диагностика РСА очень важна, так как позволяет вовремя начать терапию. Программы раннего вмешательства позволяют улучшить прогноз у значительной части детей с РСА. Ранняя диагностика также позволяет родителям больного ребенка быстрее преодолеть растерянность и выработать стратегию эффективного поведения, направленного на решение проблемы. Также государство может адекватно планировать необходимые ресурсы для терапии, социальной поддержки, размещения детей в дошкольных учреждениях и школах с учетом их особых потребностей.

В Украинском научно-исследовательском институте социальной, судебной психиатрии и наркологии в течение 2010-2011 гг. проведено ретроспективное исследование выборки из 400 детей в возрасте 3-6 лет с диагнозами РСА (F84.0-F84.9), установленными на основании диагностических критериев DSM-IV. Дети из разных регионов Украины с подозрением на РСА, специфические расстройства развития,

**Таблица 2. «Красные флажки» аутизма и других первазивных нарушений развития на втором году жизни ребенка**

| «Красные флажки» аутизма и РСА | «Красные флажки» не первазивных задержек развития |
|---|---|
| Не показывает, не привлекает внимание других к чему-либо<br>Несогласованность, отсутствие понятной другим невербальной коммуникации<br>Не пытается разделить с кем-нибудь интересы или удовольствие<br>Не подражает действиям с предметами<br>Отсутствие направленного взгляда<br>Не отзывается на имя<br>Не проявляет тепла, радости<br>Необычные интонационные модуляции речи<br>Повторяющиеся движения или позы | Отсутствует указательный жест<br>Не играет с игрушками<br>Не реагирует на контекстуальные стимулы<br>Не произносит отдельные звуки (прежде всего согласные) |

психоорганический синдром проходили комплексное психиатрическое обследование по различным направлениям (логопед, медико-педагогическое консультирование, детский невролог и психиатр) в специализированной поликлинике УНИИ ССПН. У 280 из 400 включенных в исследование детей РСА были диагностированы первично. До 3-летнего возраста расстройство было диагностировано только у каждого четвертого, до 4-летнего – у каждого второго из включенных в исследование детей. К 6-летнему возрасту диагнозы РСА были выставлены в 95% случаев. Не более чем у 1% детей расстройство впервые диагностировано в возрасте от 6 до 7 лет. Таким образом, большинство случаев РСА диагностируется в Украине в возрасте 30-50 и 58-71 месяцев.

Сведения о более высокой распространенности РСА среди сиблингов стали причиной тщательного обследования таких детей при рождении и в течение первых лет жизни. Поиск ранних признаков нарушения общего развития, предшествующих диагнозу РСА у сиблингов, оказался плодотворной сферой научных исследований.

Переход от ретроспективного анализа случаев первазивного развития к катамнестическим исследованиям детей группы риска позволил получить новые научные результаты. Было показано, что у части детей группы риска, не соответствовавших в 12-18 месяцев диагностическим критериям РСА, в последующие 6 месяцев появлялись и нарастали проблемы социальной коммуникации (Zwaigenbaum et al., 2005).

К двум годам такие дети имели явные нарушения социальной коммуникации, игровой и познавательной деятельности, речи, а также сенсорные и моторные проблемы (Zwagenbaum et al., 2009). Согласно этим данным, РСА может быть диагностировано ранее, чем в 3 года, как это предусмотрено диагностическими критериями МКБ-10 и DSM-IV. У многих детей пик презентации симптомов расстройства приходится на возраст 24 месяца. Именно в этом возрасте обычно появляются новые признаки качественных нарушений социальной реципрокности, стереотипные формы поведения, являющиеся определяющими для диагностики РСА. Позднее были опубликованы данные, согласно которым у 25% из 277 сиблингов, участвовавших в исследовании, РСА были выявлены в возрасте 36 месяцев, причем у 46% из них в возрасте 24 месяцев диагностические критерии расстройства не выполнялись. Таким образом, траектория манифестации РСА, полученная в приведенном лонгитудинальном изучении репрезентативной выборки сиблингов, незначительно отличается от таковой в рассматриваемом ретроспективном исследовании.

**Таблица 3. Мифы о возможностях скрининга РСА**

| | |
|---|---|
| Миф 1 | Не существует адекватных скрининговых инструментариев РСА для дошкольников |
| Факт | Так можно было говорить 10 лет назад, сегодня такие инструменты существуют. Многие скрининговые шкалы имеют чувствительность и специфичность более 70% |
| Миф 2 | Необходимо огромное количество тренингов для подготовки персонала для проведения скринингов |
| Факт | Для большинства скрининговых шкал необходимы несложные и непродолжительные тренинги. Скрининги могут проводиться вспомогательным персоналом |
| Миф 3 | Скрининг занимает много времени |
| Факт | Скрининговые обследования проводятся в течение не более чем 15 минут, а для некоторых из них достаточно 2 минут |
| Миф 4 | Инструменты, которые опираются на информацию, полученную от родителей, не точны |
| Факт | Родительская обеспокоенность достаточно точна и своевременна в определении задержек развития. Исследования показали, что обеспокоенность родителей отмечается при расстройствах у 70-80% детей |

Институтом аутизма медицинского колледжа Университета штата Флорида (США) было проведено мультицентровое лонгитудинальное испытание FIRST WORDS Project, цель которого – выявление ранних признаков так называемых «красных флажков» первазивных нарушений развития у детей в возрасте до 24 месяцев.

Выделенные сигнальные проявления РСА и задержек развития представлены в таблице 2. Не все дети с РСА постоянно демонстрируют представленные ниже сигнальные симптомы, отсутствие некоторых из них не является основанием для исключения диагноза данного заболевания. Безосновательны утверждения детских психиатров по типу: «У этого ребенка нет аутизма, так как я видел, что он смотрел в глаза другим детям».

Исследование позволило выделить 9 «красных флажков», которые помогают отличить детей с аутизмом и РСА от таковых с задержками развития и нормальным развитием, и 4 «красных флажка», отличающие детей с непервазивными задержками развития от обычно развивающихся (Wetherby et al., 2004).

Существуют различные взгляды на эффективность скрининговых процедур и возможности диагностики аутизма в младенческом и преддошкольном возрасте в экономически развитых странах и странах, которые развиваются. Процедуры скрининга нарушений развития у детей в экономически развитых странах интегрированы в систему первичной медицинской помощи.

В Украине институт семейного врача находится в стадии формирования, поэтому функции скрининга временно могут взять на себя педиатры, которые регулярно контактируют с детьми до достижения ими школьного возраста. Именно у педиатров есть возможность обеспечить мониторинг психического развития и более полное медицинское обследование для тех детей, которые отнесены к группе риска по первазивным нарушениям развития.

В высокоразвитых странах взгляды на скрининговые процедуры как на трудоемкие исследования с низким уровнем валидности результатов критикуются. В таблице 3 обобщены наиболее распространенные мифы о неэффективности ранней диагностики РСА, основанной на применении специальных скрининговых процедур, и аргументы за скрининг первазивных нарушений развития.

Американская академия педиатров (AAP) рекомендует, чтобы все дети были обследованы на предмет исключения задержек развития во время плановых профилактических осмотров ребенка в возрасте 9, 18, 24 и 30 месяцев. Дополнительные обследования могут быть рекомендованы детям, родившимся преждевременно или имевшим при рождении низкий вес. Специальный скрининг на РСА дополнительно проводится во время профилактических осмотров в возрасте 24 или 30 месяцев. AAP рекомендует проводить обследование детей в возрасте 18 и 24 месяцев, используя поэтапную процедуру (Johnson, Mayers, 2007).

Дополнительные обследования могут понадобиться, если ребенок относится к группе риска по первазивным нарушениям развития, например, имеет сиблинга, страдающего аутизмом, с низким гистационным возрастом или весом при рождении. На основании исследований, проведенных в УНИИ ССПН, к числу таких факторов риска первазивных нарушений развития относятся патология во время беременности и родов, сопровождающаяся признаками гипоксически-ишемического поражения мозга, зачатие с использованием репродуктивных технологий, рождение ребенка от пожилых родителей (Марценковский, 2012).

На вебсайте CDC приведены практические рекомендации и подробные инструкции о порядке выполнения мониторинга развития детей и скрининга РСА.

В практике полного поэтапного обследования детей на наличие первазивных нарушений развития в странах, которые развиваются, к числу которых относится Украина, существуют этические и связанные с дефицитом ресурсов ограничения.

Скрининг состояний в раннем детском возрасте при отсутствии достаточных ресурсов на первичном уровне медицинской помощи для организации ранней помощи большому числу детей, отнесенных к группе риска и, возможно, не страдающих тяжелой формой РСА, может привести к снижению доступности квалифицированной помощи для детей более старшего возраста с очевидными клиническими проявлениями расстройства.

Психометрические возможности применяемых инструментариев не идеальны. Некоторые инструментарии, например модифицированный список контрольных вопросов для диагностики аутизма у детей раннего возраста (M-CHAT), иногда выявляют ложноположительные случаи РСА. В странах с развитыми системами здравоохранения, высоким уровнем социальных и специальных образовательных услуг на уровне общин для людей с особыми потребностями органы здравоохранения не считают это проблемой, поскольку в любом случае выявляются дети с другими болезненными состояниями, которые нуждаются в специальной педагогической поддержке, прежде всего дети с непервазивными задержками развития, речевыми проблемами, умственной отсталостью.

В Украине дети, отнесенные к группе риска, не страдающие РСА или с высокофункциональным аутизмом, могут пострадать от психиатрической стигмы, столкнуться с дополнительными сложностями при оформлении в дошкольные или школьные учебные заведения.

Также не совсем ясно, является ли стратегия ранней диагностики РСА при помощи универсальных скрининговых инструментариев, проведенных специально

подготовленными специалистами, более эффективной, чем, например, стратегия, направленная на увеличение внимания родителей и общества к специфическим проблемам детей с первазивными нарушениями развития, с последующей организацией поддержки при использовании культуральных традиций и возможностей семьи и школы. Несмотря на все противоречия, не вызывает сомнений тот факт, что проведение общественных кампаний, просвещение семей, учителей и медицинского персонала в распознании проявлений РСА – шаг вперед в решении проблемы медико-социальной помощи данному контингенту больных.

## Современные инструментарии, рекомендованные для скрининга первазивных нарушений развития

Было разработано множество анкет, которые могут использоваться в качестве инструментариев для оценки развития детей, а также для скрининга РСА, предложены различные алгоритмы его проведения. «Золотым стандартом» для развитых стран является порядок проведения скрининга, разработанный AAP (Johnson, Mayers, 2007). Для украинских специалистов материалы доступны на сайте *www.pediatrics.aappublications.org*.

Среди множества доступных инструментов можно выделить два, заслуживающие особого внимания, поскольку они бесплатные, охватывают различные возрастные группы, переведены на разные языки и испытаны во многих странах. Это M-CHAT и детский тест расстройств спектра аутизма (CAST), ранее известный как детский тест синдрома Аспергера (Robins et al., 2001). M-CHAT может быть дополнен M-CHAT интервью, что позволяет значительно снизить уровень ложноположительных ответов. M-CHAT и M-CHAT интервью, включая перевод части материалов на русский язык, доступны для некоммерческого использования на сайте *www.m-chat.org*. CAST также доступен для некоммерческого применения на сайте Исследовательского центра аутизма Кембриджского университета (США). Для скрининга РСА могут использоваться и другие диагностические инструментарии.

Для скрининга РСА у детей в возрасте от 6 до 60 месяцев можно применять опросник для оценки соответствия развития возрасту ребенка (ASQ-3), опросник для оценки соответствия социального и эмоционального развития возрасту ребенка (ASQ: SE), у детей в возрасте от 12 до 36 месяцев – краткий инструментарий для оценки детей младенческого и преддошкольного возраста (BITSEA), у детей в возрасте от 0 до 6 лет – инструментарий для оценки детского развития (CDI). Могут также использоваться опросники для самооценки родителями уровня (этапа) развития ребенка Frances Page Glascoe (PEDS: DM для детей от 15 до 59 месяцев и от 0 до 8 лет).

Отдельное место занимают инструментарии для скрининга высокофункционального аутизма и синдрома Аспергера. Наиболее удобна для применения австралийская шкала для синдрома Аспергера (ASAS), разработанная для детей старше 5 лет. Для этих же целей могут использоваться опросник для оценки социальных коммуникаций (SCQ) и опросник для скрининга аутизма (ASSQ). SCQ валиден при скрининге у детей в возрасте старше 4 лет, ASSQ – детей от 7 до 16 лет.

# Великі проблеми мінімальної мозкової дисфункції, або що ми знаємо про моторну незграбність?

*Т.М. Міщук, О.М. Каландяк,*
*навчально-реабілітаційний центр «Джерело», м. Львів*

*«Світ має достатньо серйозних проблем,*
*щоб створювати собі ще додаткові надумані проблеми...»*
Це сказано із «чорним» гумором про моторну незграбність 16-річною письменницею V. Biggs, котра сама страждає від виражених проявів цього розладу. У свої роки вона так і не навчилася користуватися відмикачкою пляшок, проте вже прийнята в Національну академію талановитої молоді Голландії...

То що ж ми знаємо, наприклад, згідно з «настільною» книгою кожного дитячого невролога «Лечение заболеваний нервной системы у детей» (під ред. Зикова В., Москва, 2003), про моторну незграбність, яку відносять до мінімальної мозкової дисфункції?

Мінімальна мозкова дисфункція (ММД) – непрогресуючі когнітивні, мовні та рухові порушення внаслідок різних за етіологією захворювань. У структурі ММД розглядають наступні нозологічні форми:

- F-80 – розлади розвитку мовлення;
- F-81 – розлади формування шкільних навичок;
- F-82 – розлад розвитку рухових функцій, диспраксія розвитку (саме цьому розладу присвячена дана стаття);
- F-90 – гіперактивний розлад з дефіцитом уваги (ГРДУ);
- F-91 – розлади поведінки.

Причини ММД:

- пре- і перинатальна патологія центральної нервової системи;
- спадкова схильність;
- порушення обміну нейромедіаторів;
- черепно-мозкова травма;
- інсульти;
- нейроінфекції.

При цьому спостерігається затримка в темпах розвитку функціональних систем мозку. За загальним інтелектуальним розвитком діти відповідають нормальному рівню, але відчувають труднощі із навчанням у школі та з соціальною адаптацією. Дітям із ММД властиві психоемоційна нестабільність, невпевненість у собі, занижена

**Клінічний випадок**

*Сім'я хлопця В., 10 років, учня 4-го класу середньої школи, звернулася до реабілітаційного центру з основною скаргою – у дитини значні труднощі в школі. При детальнішому опитуванні: «жахливе» (зі слів матері) письмо і, відповідно, низькі оцінки за письмові завдання з різних предметів, «жахливі» оцінки з фізкультури, проблемні стосунки із ровесниками (відсутність друзів і «своєї» компанії). Більше того, хлопець став об'єктом насмішок ровесників та негативним прикладом («яким не треба бути») у вчителів. Зошити «червоніють» зауваженнями «Чому ти не стараєшся?», «Перепиши це завдання!», «Чому так неакуратно?» тощо. Мати виснажена постійними розмовами з вчителями, які вимагають «щось зробити» з дитиною, бо «хлопець ніби розумний, але незібраний, неакуратний, лінивий, не старається при письмі, але точно міг би краще вчитися, якби докладав більше зусиль, а батьки більше вимагали». Батьків турбує, що, незважаючи на всі вмовляння, спільне виконання та переписування домашніх завдань, хлопець не стає успішнішим у школі. Навпаки, син став замкнутим, уникає однолітків та спільних ігор з ними, агресивніше відповідає на зауваження, а його мрія – «щоб вчителі зі школою згоріли!», зникає мотивація до навчання («але він же мріяв піти до 1-го класу!»). Шкільний психолог порадив обстежитися у лікарів. Дитячий невролог поліклініки поставив діагноз мінімальної мозкової дисфункції, призначив 2 курси медикаментозного лікування (ноотропіл + інстенон, кортексин) та масаж комірцевої зони. Жодного ефекту від проведеного лікування батьки не помітили.*

*Анамнез життя: вагітність, пологи – без особливостей, НСГ у 8 місяців – у межах норми; спостерігається деяка затримка моторного розвитку (впевнено сидіти почав з 8 місяців, самостійно ходити – з 15 місяців).*

*Стандартне неврологічне обстеження: без патологічних особливостей.*

*Виконання вищеперерахованих проб на диспраксію розвитку: перелік пунктів 5, 6 виконує задовільно; пунктів 1, 2, 7, 8 – дуже довго, незграбно, з перемінним успіхом; пункт 3 – примітивно-спрощено, але правильно; пункт 4 – хода незграбна; не може зав'язати шнурівки, зловити/влучити м'яч.*

*Обстеження інтелекту за тестом Векслера – 102 бали (розвиток у межах середньої норми).*

*Від ліків батьки відмовилися («це не має ефекту», а пропозиція впроваджувати психолого-педагогічну корекцію викликала негатив – «та ми цю корекцію безрезультатно впроваджуємо вже 4 роки школи!»...*

самооцінка, агресивна поведінка, виникають труднощі у сім'ї та школі. Диференційний діагноз слід проводити з розумовою відсталістю, абсансами, наркоманією, аутизмом, депресією, соціально-побутовою невлаштованістю, проблемами зору та слуху.

Розлад розвитку рухових функцій – порушення цілеспрямованого руху (моторна незграбність). Діагностика проводиться шляхом спостереження за виконанням дитиною простих і складних цілеспрямованих рухів, під час яких виникають труднощі.

1. Зав'язування шнурівок, застібання ґудзиків, причісування.
2. Одягання (дезорганізація).

3. Малювання і змальовування (при завданні намалювати людину неправильно розміщує деталі обличчя і частини тіла).

4. Незграбна хода.

5. Виконання дій з уявними предметами (показати, як забивають цвях, відкривають замок), виконання жестів (пригрозити пальцем, відкинути волосся з лоба), імітація дій (поплескати в долоні тощо).

6. Не може виконувати складні рухи язиком, губами (посвистіти, задути свічку тощо).

7. Порушена координація дій правою та лівою рукою (ліва рука виконує дії, протилежні правій).

8. Складання малюнка із частин.

КТ, МРТ, ЕЕГ не мають специфічних змін.

Показане комплексне лікування: медикаментозне (інстенон, фенібут, енцефабол, ноотропіл, кортексин), психолого-педагогічна корекція спільними зусиллями батьків, педагогів, психологів: формування навичок охайності, позитивної мотивації, контроль за поведінкою, тренування когнітивних функцій, особистий приклад тощо (Зиков В., 2003).

Ніби все абсолютно зрозуміло... Та чомусь у такій ситуації вся «зрозумілість» кудись зникає...

Якщо прослідкувати за еволюцією поглядів науковців на цей розлад, можна побачити цікаві зміни у тактиці діагностики та допомоги таким дітям. Сам розлад давно відомий, оскільки вчені знали про існування великої групи дітей із труднощами у виконанні складних рухів, які неможливо пояснити якимось конкретним захворюванням. Було запропоновано багато варіантів назви даної хвороби дітей, які відчували труднощі у щоденній руховій діяльності: синдром незграбної дитини, синдром рухової незграбності, перцептивна моторна дисфункція, диспраксія розвитку, розлад сенсорної інтеграції, ММД, специфічний розлад розвитку рухових функцій (вже у МКХ-10). У 1994 р. на міжнародній консенсусній зустрічі науковців та клініцистів після активного обговорення різних назв було погоджено застосування для цього розладу терміну Developmental Coordination Disorder (DCD) – розлад розвитку координації. Сьогодні термін DCD* широко використовується у світі, а кількість публікацій стосовно цієї проблеми кардинально збільшилася. Американська асоціація психіатрів 2000 р. у керівництві DSM-IV представила діагностичні критерії DCD.

## Критерії діагнозу DCD згідно з DSM-IV-TR

A. Рухова координація в щоденній діяльності значно нижчого рівня, очікуваного відповідно до віку та інтелекту дитини. Це проявляється падіннями, втратою речей, загальною незграбністю, поганим письмом, низькою придатністю до спорту або значною затримкою моторного розвитку (сидіння, повзання, ходьба).

B. Розлади координації критерію A негативно впливають на академічну успішність та щоденне життя дитини.

C. Відсутній неврологічний діагноз (дитячий церебральний параліч чи м'язова дистрофія) та немає критеріїв первазивних розладів розвитку.

D. Якщо діагностовано розумову відсталість, труднощі з координацією більш виражені, ніж можна було очікувати.

Поширеність DCD, згідно з даними Американської асоціації психіатрів за 2000 р., сягає 5-6% чи 1 : 20 у дітей віком 5-11 років, тобто у кожному класі може бути

* – надалі у статті як абревіатура буде використаний англомовний варіант DCD (Developmental Coordination Disorder), оскільки в Україні наразі не існує погодженого між фахівцями перекладу терміну.

щонайменше 1 дитина. У хлопчиків такі проблеми виявляються у 3-5 разів частіше. Однак частота цього діагнозу є значно нижчою, що можна пояснити браком знань. Так, навіть у канадському дослідженні Gaines, Missuina (2006) виявлено, що 91% (!) опитаних лікарів великого міста ніколи не чули про DCD. Зауважимо, що дослідники DCD вказують на безсумнівну користь, навіть більше – необхідність ранньої діагностики цього розладу (Hamilton, 2002). Адже без вчасного діагностування і адекватної допомоги у дітей з DCD з віком можуть розвиватися серйозні вторинні ускладнення, які не властиві первинній природі даного розладу: низька самооцінка, клоунізм, постійне очікування невдачі, втрата мотивації до навчання та будь-якої рухової активності, ожиріння, пасивна або, навпаки, агресивна поведінка, депресія, соціальна ізоляція, труднощі у виборі професії тощо. Важливо відмітити, що прояви DCD часто поєднуються з іншими розладами – ГРДУ, розладами спектру аутизму тощо. Інколи дослідники (Kaplan, 1998; Visser, 2003) навіть декларують тезу: «Коморбідність при DCD є швидше правилом, аніж винятком». Така коморбідність може часто ускладнювати шлях діагностики та, відповідно, відтерміновувати допомогу дитині.

Діти з DCD не утворюють гомогенну групу і мають різні за тяжкістю і проявам моторні труднощі. В одних найбільші труднощі виникають з уроками фізичної культури, бо не можуть зловити чи влучити м'яч, пройтися колодою чи навчитися їздити на велосипеді, тому уникають їх усіма можливими способами. Водночас деякі можуть демонструвати охайне письмо чи вправну фортепіанну гру. Інші діти неохайно та дуже повільно пишуть, що створює великі труднощі з усіма письмовими завданнями у школі. Ще інші не здатні навіть навчитися писати літери, однак при використанні комп'ютера проблема письма зникає.

Що стосується прогнозу, довготривалі дослідження свідчать, що інколи трапляється спонтанне покращення з віком, проте частіше цього не трапляється, а вторинні ускладнення лише погіршують ситуацію (Cantell, Smyth, 2003). Хоча такі діти здатні при набутті більшого досвіду трохи поліпшити специфічні навички (наприклад, письмо), проте завжди спостерігатимуться труднощі у набутті нових умінь і виконанні комплексних рухових завдань (наприклад, одягання, застосування різного приладдя, туалет, академічна успішність, дозвілля – ігри, велосипед, ролики, водіння авто тощо). І попри те, що цей розлад не можна «вилікувати», рання діагностика дозволяє усвідомити фрустрацію дитини; адекватне холістичне втручання може в прямому розумінні «врятувати» ще несформовану особистість від розвитку небезпечних вторинних наслідків.

Хорошим прикладом роботи над виробленням чіткого шляху діагностики та допомоги може бути Голландія, де створено робочу групу із DCD, в якій співпрацюють лікарі, фізичні терапевти, психологи, соціальні працівники. Систематичні зустрічі робочої групи викристалізовують розуміння проблеми DCD. Отже, у Голландії дитина з труднощами координації руху направляється (зазвичай педагогами) до лікаря. Лікар при обстеженні повинен виключити інші можливі причини проблемної координації дитини (нейрофіброматоз, пухлини, м'язову дистрофію тощо), тобто проводиться диференційний діагноз. Окрім того, досліджується наявність коморбідних станів (ГРДУ тощо). Таким чином підтверджується/виключається критерій С (відсутність іншого неврологічного діагнозу). Проте залишаються ще 3 інші критерії, які, попри видиму зрозумілість, лікарю не так легко підтвердити чи заперечити. Наприклад, критерій А (наявність значного ураження координації руху) важко однозначно оцінити лише за допомогою стандартних неврологічних тестів (проба Ромберга, пальце-носова проба тощо), бо часто їх виконання є в межах норми. Гетерогенність проявів і різна ступінь тяжкості розладу теж спричиняють

труднощі при оцінці описаних вище «проб на диспраксію», оскільки, наприклад, 10-річна дитина може добре задувати свічку, свистіти, вдало імітувати жести, відносно правильно, але примітивно малювати та змальовувати людину; може, хоч і дуже незграбно та повільно, застебнути ґудзики, вдягнутися, проте не здатна зав'язати шнурівки, «гарно писати», зловити та влучити м'яч. Таких варіацій (щось може/не може взагалі, виконує незграбно/повільно) може налічуватися нескінченно багато, і різні лікарі можуть давати абсолютно різні оцінки такому неоднозначному виконанню. Тому у Голландії, Канаді, Англії та Німеччині ще 1999 р. для оцінки міри ураження координації погоджено використовувати спеціальний «інструмент» – комплект для обстеження руху у дітей, друге видання (M-ABC-2). M-ABC-2 – це унікальний продукт багаторічної співпраці науковців, клініцистів, вчителів, фізичних терапевтів, дітей та їх батьків із 23 країн. M-ABC-2 є, по суті, найбільш досконалим та популярним у розвинутих країнах специфічним інструментом для допомоги професіоналам, які працюють з моторними труднощами дітей. Найважливішою частиною M-ABC-2 є стандартизований тест (M-ABC-2 Test), під час якого дитина виконує серію чітко окреслених рухових завдань протягом 20-40 хвилин. Завдання тесту розроблені для трьох вікових категорій (3-6, 7-10, 11-16 років) і оцінюють три сфери: вправність рук, попадання/ловіння, статичну та динамічну рівновагу. Під час виконання завдань визначають кількісні та якісні (постава, адекватність сили, зміна темпу тощо) характеристики. Виконання тесту та оцінювання тяжкості ураження координації проводить фізичний терапевт. Отже, якщо результати тесту знаходяться на рівні 15-ї перцентилі і нижче, критерій А погоджено вважати позитивним. Якщо ж дитина пройшла тест успішно, однак були виявлені труднощі у дрібній моториці, рекомендовано пройти погоджений у Голландії тест на письмо та/або тест для дослідження візуально-моторної інтеграції (VMI-test), на виконання якого відводиться 10-15 хвилин, він проводиться з двох років.

Якщо говорити про критерій В, який повинен визначати істотність впливу порушення координації на щоденну діяльність та академічну успішність дитини, то лікарю складно на основі опису батьків при першій консультації дати однозначну оцінку. Як встановити межу ще норми (бо далеко не всі вміють кататися на велосипеді чи роликах, і не всі можуть похвалитися точним влученням м'яча чи ідеальним письмом) і вже – не норми? І як не помилитися у «локалізації» основної проблеми? Адже можливі варіанти і «батьківської запущеності» (дитині не приділяють належної уваги, не навчили певним навичкам), і завищених вимог до дитини (хочуть зробити відмінником чи футболістом), і порушення батьківсько-шкільних чи дитячо-викладацьких стосунків, у яких дитина має більше шансів зайняти «негативну» позицію порівняно з дорослими. Тому для максимально об'єктивної оцінки критерію В фахівцям пропонують використовувати певні засоби. Цікаво, що різноманітну діяльність дитини можна оцінити, використовуючи різні «інструменти». Так, Canadian Occupational Performance Measure дозволяє систематизувати клінічне інтерв'ю та отримати відповіді на ті ж запитання як від батьків, так і від дитини (з 6 років) (Law et al., 1998). Приклади запитань: «В якій діяльності є найбільша трудність?», «Наскільки важлива ця діяльність для вас?», «Наскільки добре дитина вже може виконати цю діяльність (дайте відповідь у балах від 0 до 10)?» тощо. Цінну інформацію про вплив розладу на шкільну діяльність та успішність адаптації дитини до школи може надати School Function Assessment (Coster, Deeney et al., 1998). Важливо відмітити, що діти з DCD часто описують досить відмінні від батьків чи вчителів відчуття своїх труднощів у важливих для них сферах діяльності, тому недопустимо забувати про площину бачення ситуації дитиною. І такі інструменти, як Pediatric Activity Cards

Sort або ж Children's Assessment of Participation and Enjoyment (King at al., 2004) можуть бути корисними для фахівців, які б хотіли отримати інформацію від самої дитини про її труднощі та бажання (а відповідно, і мотивацію) стосовно діяльності, в якій вона бере (чи хотіла б брати) участь. Зауважимо, що дослідженнями цих питань зазвичай займаються лікар, фізичний терапевт та соціальний працівник. Отже, у світі розроблено достатньо методів для всебічного дослідження впливу DCD на життєву ситуацію дитини, і такий неформальний підхід дозволяє не лише обґрунтовано підійти до критерію B, але й дуже точно спрямувати надалі зусилля для успішної допомоги вмотивованій дитині.

Що стосується критерію D, то тут головну роль відіграватиме психолог, завданням якого буде визначити рівень інтелекту дитини за допомогою тесту Векслера чи інших погоджених тестів. Сьогодні фахівці констатують розмитість цього критерію («Якщо діагностовано розумову відсталість, труднощі з координацією повинні бути більш вираженими, ніж можна було очікувати»). Адже незрозуміло, які саме моторні проблеми чітко «очікувані» для кожного ступеня розумової відсталості. Тому, наприклад, робоча група у Голландії ще 1999 р. погодила, що діагноз DCD не виставляється при IQ дитини ≤ 70.

Узагальнюючи описані сучасні підходи до процесу діагностики, можна відмітити наступні характерні риси:

- мультидисциплінарний командний підхід (лікар, фізичний терапевт, психолог, соціальний працівник не просто чітко виконують свої функції, а ще й постійно взаємодіють);
- погоджені між фахівцями етапи та «інструменти» діагностики;
- орієнтація на формування запиту (health request – реальна, озвучена проблема, яка мотивує клієнта до роботи і вирішення якої може кардинально покращити його життєву ситуацію) – тобто, хоча батьки можуть дуже хотіти покращити письмо для успішнішого навчання, дитина може мріяти покращити свої навички гри з м'ячем для реалізації себе в товаристві однолітків, і цим не можна нехтувати, бо мотивація дитини лише до роботи з письмом буде нульовою.

Якщо ж говорити про сучасні принципи допомоги дітям з DCD, то тут відмічається не менш цікава зміна поглядів, і детальний опис вимагав би написання окремої статті. Спробуємо назвати відмітні віхи.

1. Стратегія допомоги повинна базуватися на екологічному підході, при якому втручання повинно розглядатися як на рівні самої дитини, так і на рівні її середовища та формування завдань для неї.

2. Як зазначено в ґрунтовному клінічному керівництві J. Morrison «DSM-IV Made Easy», первинний принцип допомоги дитині базується на заняттєвій терапії, яку впроваджує фізичний терапевт.

3. Терапевтичні підходи для дитини сьогодні мають два напрямки: орієнтовані на процес (process-oriented), коли втручання акцентується на існуючому дефіциті у специфічній функції (процесі), вдосконалення якої може покращити певну навичку навіть без її безпосереднього тренування (наприклад, сенсорна інтеграція), та орієнтовані на завдання (task-oriented), коли увага акцентується на безпосередньому тренуванні проблемної навички.

4. Оскільки школа є важливим середовищем дитини, ефективне втручання неможливе без співпраці закладів охорони здоров'я та освіти. Адже педагоги після вивчення суті цього медичного діагнозу (використовуючи, наприклад, сайт *www.canchild.ca*, цілком присвячений DCD) можуть більш позитивно оцінити дитину та зрозуміти різницю між здатністю дитини «гарно писати» та дійсним її інтелектуальним потенціалом. Окрім

того, вчителі можуть конструктивно підійти до модифікації завдань для учня та середовища (наприклад, давати більше часу на письмові завдання, застосовувати альтернативні письму способи презентації, рано використовувати комп'ютер для виконання письмових завдань, на уроках фізичного виховання давати завдання, де дитина мала б змогу відчути успіх тощо). Існують детальні керівництва, як можна «позбавити від мук» шкільне життя і учня з DCD, і його вчителів.

5. Звичайно, розуміння батьками діагнозу дає їм можливість використовувати ті ж дидактичні принципи вдома і перейти з «нерозуміючої» розпачливої позиції до адвокатування своєї дитини. Зрештою, при серйозних труднощах може обговорюватися (в освітній системі Канади) перехід учня на індивідуальний план освіти, який враховуватиме як труднощі дитини, так і її сильні сторони (Missuina et al., 2006).

Загалом, слід констатувати, що проблему DCD можна розглядати у ширшій площині: чи готові змінюватися, взаємодіяти наші система охорони здоров'я та система освіти в інтересах малих громадян? Адже в результаті у суспільстві зменшиться кількість дітей із деструктивною мрією-захистом «щоб вчителі зі школою згоріли!», а збільшиться кількість дітей із вдалою реалізацією свого потенціалу (як це вдалося юній успішній письменниці із розладом розвитку координації, якій пощастило отримати адекватну допомогу в Голландії і яку процитовано на початку)...

## Література

1. ВОЗ. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. – Киев, Факт. – 1999. – С. 53-64.

2. Зыков В. и совавт. Лечение заболеваний нервной системы у детей. – М.: «Триада-Х», 2003.

3. American Psychiatric Assotiation, edited by Wiener J., Dulcan M. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). – Washington, London, England, 2004.

4. Missuina C., Gaines R., Soucie H. Parental questions about developmental coordination disorder: a synopsis of current evidence // Paediatrics and Child Health. – 2006. – 11. – P. 507-512.

5. Missuina C., Pollock N., Egan M. Enabling occupation through facilitating the diagnosis of Developmental Coordination Disorder // Canadian Journal of Occupational Therapy. – 2008. – 1. – P. 26-34.

6. Morrison J. DSM-IV Made Easy. The clinician's guide to diagnosis. – NY: The Guilford press, 1995.

7. Sheila E., Henderson S., Sugden D., Barnett A. Movement Assessment Battery for Children – Second Edition. Examiner's Manual. – Pearsen, London, 2007.

8. www.canchild.ca

# Стереотипные движения и повторяющееся поведение как симптомы расстройств аутистического спектра

*К.В. Дубовик,*
*Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев*

Стереотипные или повторяющиеся формы поведения и движений в детской семиотике психических заболеваний квалифицируют по-разному – как обсессии (двигательные навязчивости), защитные двигательные ритуалы, формы регрессивного поведения, патологические привычные действия или аутостимуляционные формы поведения. Аутостимуляции ассоциированы с расстройствами спектра аутизма (РСА), но могут встречаться и при ряде других психических заболеваний, в том числе при умственной отсталости.

При РСА специфической особенностью стереотипных форм поведения является демонстрация различных форм повторяющихся действий, не несущих функциональной нагрузки. Аутостимуляции часто встречаются как у высокофункциональных детей с синдромом Аспергера, так и при более тяжелых РСА (синдром Каннера). Повторяющееся поведение и двигательные стереотипии относятся к числу наиболее стигматизирующих проявлений РСА. Детям со стереотипными формами поведения труднее удерживаться в общественных местах, не привлекая к себе негативного и фрустрирующего внимания окружающих.

Стереотипные движения, наряду с нарушениями внимания, рассматриваются в качестве специфических особенностей синдрома Каннера; первоначально они были описаны еще в 40-х гг. XX ст. [8]. Эти стереотипные формы поведения характеризуются главным образом их циклической и ритмической природой [9]. Позднее они были задокументированы и изучены в других выборках, а именно среди пациентов в домах престарелых и наркозависимых людей [10, 11].

Наряду со стереотипиями, бихевиористы обычно анализируют другие, ритмические формы поведения, связанные с сенсорными предпочтениями, такие как атипичные позы тела, рассматривание света, в рамках более широкой категории перцепторных нарушений – стимулирующего поведения. Такое поведение не всегда носит патологический характер. Примером не патологического стимулирующего поведения являются дриблинг мяча в баскетболе и раскладывание пасьянса как культурно приемлемые формы релаксации [12].

У детей с РСА из-за чрезмерности, частоты, необычного характера проявлений стимулирующее поведение практически всегда является социально стигматизирующим, которое затрудняет инклюзию ребенка в естественные социальные, профессиональные и образовательные сообщества. Аутостимуляции создают значительные препятствия для обучения и социализации лиц, страдающих РСА, и без адекватной коррекции могут существенно влиять на адаптивное поведение и в более позднем возрасте.

Исследования, проведенные в 1968 г. Т. Рислей, демонстрируют, что увеличения приобретенных навыков, познавательной деятельности и адаптивности поведения можно достичь путем подавления стимулирующего поведения в рамках поведенческой терапии [1]. В начале 1970-х гг. Р. Когел в ряде экспериментов провел функциональный анализ взаимосвязи обучения и самостимулирующего поведения при тяжелых формах РСА [2]. Объектом исследования были дети, у которых при обучении не удалось сформировать дискриминацию учебных задач.

Активную дискуссию у исследователей вызывал вопрос о том, является ли подавление аутостимулирующего поведения фактором повышения эффективности формирования желаемого поведения, а также наблюдается ли спонтанное сокращение частоты аутостимуляций без внешнего подавления в процессе формирования навыков. Навыки не могут быть сформированы на фоне запрещений и подавления аутостимуляций. Так, установлена обратная зависимость между количеством правильных ответов и интенсивностью самостимуляции.

Работы Р. Когела и соавт. продемонстрировали, что подавление самостоятельного стимулирующего поведения влечет развитие соответствующей игры без использования внешних подкреплений [3]. Кроме того, был обнаружен тот факт, что прекращение внешнего воздействия на испытуемых с целью подавления аутостимуляций влечет за собой возвращение к повторяющемуся поведению. В ряде исследований показано, что стереотипные и аутостимулирующие формы поведения предусматривают собой обеспечение и регулировку приема сенсорной информации от окружающей среды. Такое поведение, предположительно, служит эффективным блоком во время чрезмерных или неприятных стимуляций и может обеспечить сенсорное восприятие в период подпороговых стимуляций.

Ловаас и соавт. разработали теорию «подкрепления восприятия», в которой они рассматривали аутостимулирующее поведение как врожденную потребность для всех организмов, а проявление этих форм поведения у детей с РСА вследствие отсутствия соответствующих альтернативных форм поведения – для доступа к таким стимуляциям [4]. Ловаас предположил, что каждый человек, имеющий РСА или нет, нуждается в определенном количестве и видах стимуляций. Основное различие между обычными людьми и лицами с РСА заключается в том, каким образом они получают стимуляции: обычные люди – в первую очередь через словесные, социальные, рабочие виды деятельности и отдыха (формы проведения досуга), тогда как аутистические лица – через простые формы поведения, многие из которых повторяются и носят, по сути, стереотипный характер [12]. Было установлено, что удаление специфических сенсорных раздражителей приводит к уменьшению проявления аутостимулирующего поведения.

А. Ринковер и коллеги исследовали роль сенсорных раздражителей в поддержке аутостимуляций [5]. Целью было установление взаимосвязи между предпочтением конкретного сенсорного стимула и использованием его с целью облегчения и уменьшения проявлений при игре игрушками. В данном исследовании принимали участие четверо детей с аутизмом. Проявления их сенсорных предпочтений и форм поведения были классифицированы по разным сенсорным модальностям. Сенсорные предпочтения и ассоциированное с ними аутостимулирующее поведение определялись для каждого ребенка индивидуально. Как пример, один ребенок пытался постоянно вращать пластинку на твердой поверхности, наклоняясь к ней, чтобы слушать звук. Для него на ровную поверхность было разложено ковровое покрытие, которое

**Таблица 1. Стереотипные формы поведения различных модальностей у детей с РСА**

| Виды стереотипного поведения | Формы стереотипного поведения | Частота встречаемости, % ± m | |
|---|---|---|---|
| | | рандомизированная группа | контрольная группа |
| Зрительный | Рассматривание ярких, мигающих источников света, манипулирование пальцами перед глазами, размахивание руками перед глазами | 58,34 ± 2,97 | 6,67 ± 4,15 |
| Слуховой | Нажимание на уши, щелканье пальцами для создания звуков | 62,68 ± 8,48 | 15,34 ± 8,66 |
| Осязательный | Трение руки об руку или по поверхности другого предмета, почесывания | 17,75 ± 0,30 | 4,0 ± 2,56 |
| Вестибулярный (чувство равновесия) | Раскачивание вперед-назад, из стороны в сторону | 17,39 ± 5,21 | 9,34 ± 5,65 |
| Вкус | Облизывание предметов, размещение части тела или предметов во рту | 15,94 ± 4,85 | 8,0 ± 4,90 |
| Обоняние | Обнюхивание людей, объектов и предметов | 5,43 ± 1,86 | 2,67 ± 1,73 |
| Наличие стереотипий, относящихся к 2 модальностям | | 13,04 ± 4,11 | 1,34 ± 0,88 |
| Наличие стереотипий, относящихся к 3 и более модальностям | | 6,52 ± 2,21 | 0,67 ± 0,44 |

не мешало вращению пластинок, но при этом поглощало звук. Подобные процедуры были проведены и для остальных детей с учетом их сенсорного предпочтения. Редукция повторяющегося поведения наблюдалась после удаления сенсорных подкреплений у всех пациентов.

На втором этапе исследования А. Ринковер и соавт. установили, что определенные сенсорные подкрепления можно использовать при формировании игры с игрушками, используя механизм подражания сенсорным предпочтениям [5]. Так, в случае с одним из детей удалось использовать музыкальные игрушки, которые обеспечивали стимуляцию слухового анализатора. Сформированные навыки игры оставались без изменения в течение нескольких месяцев и не нуждались в дополнительном использовании внешних подкреплений или подавлении аутостимуляций.

Исследования Кеннеди и коллег были направлены на определение функциональной значимости аутостимуляций [6]. Установлено, что стимуляции редуцируются в ответ на проявление внимания окружающих и увеличиваются при нарастании социального дискомфорта. В результате авторы выделили несколько функций аутостимуляции и повторяющегося поведения:

- доступ к положительному (внимание к себе) и отрицательному (избегание неудобного для них социального взаимодействия);
- обеспечение сенсорной стимуляции в соответствии с перцепторными нарушениями.

Мы провели исследование, цель которого состояла в изучении условий формирования аутостимуляций, определении возможностей их коррекции, уменьшении дезадаптивного влияния на поведение детей с РСА.

В наблюдении принимали участие 276 детей с РСА. Контрольную группу составили 150 детей без нарушений психического развития. Дети проходили обследования

в условиях специализированной поликлиники Украинского НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины. Для диагностики РСА применяли полуструктурированный опросник для диагностики аутизма, адаптированный вариант для родителей (ADI-R) [13]. Уровень и силу проявлений стереотипных движений и стереотипных форм поведения определяли с помощью домена «С» ADI-R. Шкалу сенсорных процессов использовали для определения сенсорных нарушений и связанных с ними групп аутостимуляций.

Типичный аутизм (F84.0) диагностирован у 118, синдром Аспергера (F84.5) – у 18, атипичный аутизм (F84.1) – у 80 детей. Стереотипные формы поведения имели место у 92% рандомизированных пациентов. Стереотипии выступали как изолированные формы поведения или проявлялись в виде набора двигательных и поведенческих феноменов различной модальности. Основные формы стереотипий, связанные с теми или иными сенсорными модальностями и причинно-следственными взаимоотношениями, и частота встречаемости разномодальных нарушений у рандомизированных пациентов представлены в таблице 1.

При РСА стереотипные движения, особенно множественные и относящиеся одновременно к разным модальностям, наблюдались значительно чаще, чем у детей контрольной группы. Не удалось выявить зависимость между интенсивностью стереотипных форм поведения и уровнем когнитивного функционирования детей с РСА.

Проведенный анализ показал, что интенсивность аутостимуляций при синдроме Аспергера является не менее, а то и более выраженной, чем у низкофункциональных аутистов. По-видимому, повторяющиеся формы поведения при аутизме являются не целенаправленной деятельностью, а ассоциированы с сенсорными интересами, проявляющимися стереотипными движениями (хлопками руками, раскачиваниями из стороны в сторону, перебиранием руками ниток, механическим перелистыванием страниц книг и журналов) и вокализациями (эхолалиями).

Исследование продемонстрировало, что поведение ребенка с яркими проявлениями аутостимулирующего поведения не может сочетаться с успешным обучением. Отдельные дети показали способность к спонтанному снижению уровня аутостимулирующего поведения в условиях отсутствия внешнего влияния. Для остальных внешнее подавление аутостимулирующего поведения было необходимым условием для формирования новых навыков.

В детской психиатрии достаточно часто используются попытки медикаментозной коррекции аутостимулирующего поведения. При обосновании такой терапевтической стратегии двигательные стереотипии трактуются как тикозные или компульсивные клинические феномены. У рандомизированных пациентов с этой целью наиболее часто использовали нейролептики (рисперидон, арипипрозол, тиапридал, тиоридазин).

Другим подходом к терапии аутостимулирующего поведения при РСА являются антидепрессанты. Такая практика распространена в США, где клиницисты назначают препараты, чтобы помочь пациентам с повторяющимся поведением. По некоторым оценкам, в этой стране до 40% детей, страдающих РСА, получают терапию антидепрессантами. Наиболее часто назначаются сертралин, флуоксетин и флувоксамин, все они применяются у детей в возрасте старше 7 лет [6]. По данным ряда исследователей, прием антидепрессантов может быть эффективным для снятия тревоги, обсессивно-компульсивной симптоматики, клинические проявления которых похожи на некоторые виды поведения при аутизме, например повторяющееся поведение, эхолалии (манера повторять определенные слова/действия или одержимо пунктуально выполнять все по расписанию) [7].

**Таблица 2. Влияние терапевтических стратегий на повторяющееся поведение и двигательные стереотипии**

| № | Терапевтические стратегии | Количество детей, получавших терапию | | Респондеры | | Нон-респондеры | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | n | % ± m | n | % ± m | n | % ± m |
| 1 | Фармакотерапия рисперидоном | 74 | 26,81 ± 6,23 | 47 | 63,51 ± 13,66 | 27 | 36,49 ± 13,66 |
| 2 | Терапия метилфенидатом | 42 | 15,21 ± 6,23 | 26 | 61,9 ± 13,66 | 16 | 38,1 ± 13,66 |
| 3 | Терапия атомоксетином | 48 | 17,39 ± 6,23 | 18 | 37,5 ± 13,66 | 30 | 62,5 ± 13,66 |
| 4 | Сенсорная терапия (сенсорная интеграция) | 81 | 29,35 ± 6,23 | 63 | 77,77 ± 13,66 | 18 | 22,23 ± 13,66 |
| 5 | Поведенческая терапия (элиминация стереотипных форм поведения) | 83 | 30,07 ± 6,23 | 59 | 71,08 ± 13,66 | 24 | 28,92 ± 13,66 |

Современные контролируемые исследования у детей и подростков не подтвердили целесообразность лечения антидепрессантами повторяющихся форм поведения при РСА. Объектами испытаний были флуоксетин, флувоксамин и фенфлурамин. В настоящее время антидепрессанты не могут быть рекомендованы для лечения аутостимулирующих и стереотипных форм поведения у детей с РСА. Тем не менее, установлена эффективность терапии повторяющегося поведения селективными ингибиторами обратного захвата серотонина у взрослых [7].

В некоторых исследованиях соли лития изучали как средство для лечения аутостимулирующего поведения у детей с РСА. В отдельных случаях препарат был эффективен. Существует необходимость определения уровня лития в крови через регулярные интервалы времени в целях предупреждения токсических побочных эффектов (развития гипофункции щитовидной железы, увеличения объема мочи, тремора).

Коррекция перцепторных нарушений с использованием методов сенсорной интеграции в нашем исследовании оказалась эффективной для детей возрастной группы от 1,5 до 4 лет. Для пациентов постарше действенной оказалась терапия, направленная на коррекцию нарушений внимания (терапия атомоксетином, метилфенидатом). Кроме того, была выделена еще одна функция стереотипного поведения, варианта уклоняющегося поведения как способа избегания реабилитационных тренингов.

Таким образом, усиление аутостимуляций при тренингах, навязывающих ребенку формирование навыков и социально приемлемых форм поведения через механизм отрицательного подкрепления, может приводить к фиксации этих форм повторяющегося поведения.

В таблице 2 продемонстрирована эффективность применения различных терапевтических стратегий при двигательных стереотипиях у детей с РСА.

Терапия рисперидоном, метилфенидатом, сенсорная интеграция и поведенческая терапия эффективны при коррекции стереотипных форм поведения и стереотипных движений у детей с РСА. Для более целенаправленного изучения влияния различных терапевтических стратегий и выработки рекомендаций относительно их последующего применения для коррекции аутостимулирующих форм поведения у детей различного возраста необходимы дополнительные исследования.

В результате проведенных исследований было установлено, что насильно прерываемые аутостимуляции, путем наказаний, не способствуют ускорению или улучшению

формирования навыков. Установлена обратная связь между частотой наказаний при аутостимулирующем поведении и скоростью формирования конкретного навыка.

После анализа полученных данных были разработаны рекомендации, направленные на эффективное формирование навыков у детей с самостимулирующим поведением, которые основаны на переключении деятельности ребенка и позитивном подкреплении сформированных навыков.

Таким образом, целью терапии детей с двигательными стереотипиями и повторяющимся поведением является не одномоментная полная элиминация самостимулирующего поведения, а уменьшение дезадаптивного влияния аутостимуляций на поведение ребенка с последующей постепенной элиминацией дезадаптивных форм поведения, что позволяет повысить эффективность и уменьшить затраченное время и ресурсы на формирование у ребенка навыков.

## Литература

1. Baer D.M., Wolf M.M., Risley T.R. Some current dimensions of applied behavior analysis // J Appl Behav Anal. – 1968. – 1 (1). – P. 91-97.

2. Koegel R.L. & Covert A. The relationship of self stimulation to learning in autistic children // Journal of Applied Behavior Analysis. – 1972. – 5. – P. 381-387.

3. Koegel R.L., Russo D.C. & Rincover A. Assessing and training teachers in the generalized use of behavior modification with autistic children // Journal of Applied Behavior Analysis. – 1977. – 10. – P. 197-205.

4. Lovaas O.I., Newsom C. & Hickman C. Self-stimulatory behavior and perceptual reinforcement // Journal of Applied Behavior Analysis. – 1987. – 20. – P. 45-68.

5. A. Rincover. How to use Sensory Extinction / Part of the series Teaching the Autistic. – Pro-Ed, 1981. – 34 p.

6. Kennedy C.H., Meyer K.A., Knowles T., Shukla S. Analyzing the multiple functions of stereotypical behavior for students with autism: implications for assessment and treatment // Journal of Applied Behavior Analysis. – 2000. – 33 (4). – P. 59-71.

7. Makkonen I., Kokki H., Kuikka J., Turpeinen U., Riikonen R. Effects of fluoxetine treatment on striatal dopamine transporter binding and cerebrospinal fluid insulin-like growth factor-1 in children with autism // Neuropediatrics. – 2011. – 42 (5). – P. 207-209.

8. Autistic disturbances of affective contact // Nerv Child. – 2. – P. 217-250.

9. Berkson G. Repetitive stereotyped behaviors // Am J Ment Defic. – 1983. – 88 (3). – P. 239-246.

10. Cohen-Mansfield J., Rabinovich B.A., Lipson S., Fein A., Gerber B., Weisman S., Pawlson L.G. The decision to execute a durable power of attorney for health care and preferences regarding the utilization of life-sustaining treatments in nursing home residents // Arch Intern Med. – 1991. –151 (2). – P. 289-294.

11. Lewis M.H., Baumeister A.A., Mailman RB.. A neurobiological alternative to the perceptual reinforcement hypothesis of stereotyped behavior: a commentary on «Self-stimulatory behavior and perceptual reinforcement» // J Appl Behav Anal. – 1987. – 20 (3). – P. 253-258.

12. Lovaas O.I. Behavioral treatment and normal intellectual and educational functioning in autistic children // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1987. – 55. – P. 3-9.

13. www.portal.wpspublish.com.

# Раздел III. ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ

## Расстройства спектра аутизма: вопросы диагностики и терапии

*И.А. Марценковский, Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины,*
*Д.И. Марценковский,*
*Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев*

Расстройства спектра аутизма (РСА) включают три группы симптомов, связанных с качественными нарушениями социальной реципрокности, коммуникации, перцепторными нарушениями и стереотипными формами поведения. На сайте организации Autisms Speaks доступен видеоглоссарий симптомов расстройств первазивного развития (*www.autismspeaks.org*).

### Качественные нарушения социальной взаимности

Из трех основных доменов клинических проявлений, которые определяют аутистическое расстройство, нарушение социального взаимодействия (социальной реципрокности) является определяющим.

К клиническим проявлениям этого домена относятся: ограниченность невербального поведения, используемого для регулирования социального взаимодействия, неспособность организовать и поддерживать взаимодействие (игру и общение) со сверстниками соответственно возрасту ребенка, отсутствие спонтанного желания делиться радостью, интересами или достижениями с окружающими (например, не показывает, не приносит интересующий его предмет или не привлекает к нему внимание окружающих). Дети с нарушениями в этой области имеют недостаток социальной и эмоциональной взаимности, не понимают эмоции родителей, не жалеют их, не смеются в ответ, не оценивает правильно социальный контекст ситуации по эмоциональным реакциям ее участников.

Исследования в области теории разума позволили сделать предположение, что способность детей подражать другим людям является основополагающим навыком, который лежит в основе формирования понимания точки зрения других (Baron-Cohen, 2009). Именно на основе подражательной деятельности формируется та психическая функция, которая называется эмпатией (способностью понимать обман и эмоции других людей). Несформированность эмпатии негативно влияет на игровую деятельность, сопереживание, социальную и эмоциональную взаимность, взаимоотношения со сверстниками.

Способность обращать внимание также очень важна для социального обучения и связана с языковым и когнитивным развитием. Нарушения в этой сфере (трудность

привлечения внимания, игнорирование значимых для ребенка его возраста стимулов) выявляют у детей с аутизмом (Baron-Cohen et al., 2009).

Признаки психического дефицита, описываемые в рамках теории разума, могут быть выявлены у всех пациентов с РСА, но они не являются специфичными, могут наблюдаться у лиц с шизофренией и при некоторых расстройствах личности.

Другим важным понятием для континуума симптомов нарушений социальной реципрокности является избирательность восприятия стимулов (stimulus overselectivity). Этот термин используется для описания явления, при котором человек сосредотачивается только на одном аспекте объекта или окружающей среды, игнорируя другие. Многие аутисты, как представляется, имеют «туннельное зрение» или даже «туннельное восприятие». Такие особенности восприятия часто являются причиной того, что родители подозревают у своего ребенка с аутистическим расстройством глухоту. Пытаясь проверить слух, они гремят за его спиной металлической посудой, но ребенок не реагирует на эти неожиданные и громкие звуки, поглощенный, например, восприятием зрительной информации; в другой ситуации тот же ребенок может услышать, как разворачивают обертку конфеты. К сожалению, нам неизвестны точные механизмы избирательного восприятия стимулов. Феномен впервые описан Ловаасом еще в 1971 г. именно как избирательность перцепции. Одна из теорий, популярная со времен Каннера, объясняет этот клинический феномен чрезмерно высокой концентрацией и маленьким объемом внимания у пациентов с РСА (Mottron et al., 2006).

Теория слабой центральной согласованности (weak central coherence theory), или центральной когеренции (central coherence theory) предполагает, что у каждого индивидуума существует своя специфика восприятия контекста социальных событий или больших картин окружающей действительности – когнитивный стиль, а ограниченные возможности такого восприятия лежат в основе центрального нейрокогнитивного нарушения при аутизме (Happe, Frith, 2006).

Теория слабой центральной согласованности позволяет объяснить, почему некоторые люди с РСА могут демонстрировать выдающиеся способности при изучении математики или черчения, но имеют проблемы, связанные с чтением и пересказом и, как правило, живут в социальной изоляции. Предполагается, что дети с аутизмом воспринимает детали лучше, чем здоровые люди, что «они не в состоянии увидеть лес за деревьями». С другой стороны, сенсорная гиперчувствительность у людей с РСА, как утверждает Baron-Cohen (2009), приводит к обостренному вниманию к деталям и гиперсистематизации, которые являются краеугольным камнем восприятия и обусловливают талантливость в связанных с ними сферах деятельности.

Согласно другой теории, люди с аутизмом не могут целостно осознавать воспринятую информацию из-за невозможности отличить сигнал (собственно информацию) от сенсорного шума. Несформированность механизмов шумоподавления компенсируется при помощи феномена избирательности восприятия стимулов, восприятия лишь отдельных частей объекта или только в одной модальности.

Дети с РСА используют невербальное поведение (зрительный контакт, жесты, позы, мимику) реже, чем их здоровые сверстники. У двухлетних детей с аутизмом наблюдаются нарушения зрительно-моторной координации и восприятия движений окружающих людей, вследствие чего они избегают глазного контакта и не отслеживают взглядом перемещение взрослых (Klin et al., 2009; Jones et al., 2008).

Дети с аутизмом могут демонстрировать необычное невербальное поведение в виде связанных с перцепторными нарушениями своеобразных сенсорных интересов.

Baron-Cohen et al. в 2009 г. описали у детей с РСА триаду нарушений в виде гиперсистематизации, сверхконцентрации внимания на деталях и гиперчувствительности. Необычное поведение иногда наблюдается в ответ на зрительные, слуховые и тактильные специфические стимулы. Зрительная гиперчувствительность может сопровождаться латеральным зрением – стремлением рассматривать объекты боковым зрением. Латеральное зрение трактуется многими специалистами как попытка ограничить количество поступающей информации или сосредоточиться на оптимальной. Слуховая и тактильная гиперчувствительность может быть очень фрустрирующей для ребенка. В тоже время, сенсорная гиперчувствительность иногда приводит к появлению чрезмерного внимания к деталям.

Даже высокофункциональные личности с РСА имеют проблемы во взаимоотношениях со сверстниками: одни пациенты просто не заинтересованы в таком общении, у других может, например, страдать совместная игровая деятельность (неумение организовать и поддержать ролевую игру, выполнять команды и соблюдать правила). Некоторые дети с РСА демонстрируют заинтересованность в общении и игре со сверстниками, но у них возникают сложности в интерпретации действий других и, соответственно, реакции на них.

У многих людей с РСА нет понимания природы социальных взаимоотношений, в частности их роли в отношениях, некоторые не в состоянии проявлять сочувствие и сострадание.

Все перечисленные трудности приводят к ухудшению социального взаимодействия.

## Качественные нарушения коммуникации

Симптомы, относящиеся к качественным нарушениям коммуникации, включают в себя задержку или полное отсутствие разговорной речи, не сопровождающиеся компенсаторными попытками невербальной коммуникации; неспособность инициировать или поддержать разговор; стереотипные, повторяющиеся речевые выражения (речевые штампы); отсутствие разнообразной, спонтанной подражательной игры и игры «понарошку».

Задержка речевого развития, отсутствие разговорной речи и ее особенности, характерные для РСА, часто являются первичной причиной беспокойства родителей. Важной отличительной особенностью первазивного от специфического нарушения развития речи является отсутствие попыток компенсаторного использования для общения невербальных средств, таких как жесты.

У детей с нормальным речевым развитием речь имеет социальную и функциональную направленность. При РСА она часто направлена только на удовлетворение потребностей ребенка. Повторения фраз и диалогов других людей, мультипликационных героев (отсроченные и непосредственные эхолалии), которые дети могут использовать как к месту, так и вне связи с контекстом текущей социальной ситуации характерны для разных этапов речевого развития при РСА. Скорость, объем и интонация речи при аутистическом развитии могут быть аномально высокими, низкими, быстрыми, медленными, порывчатыми, монотонными и т. д. Люди с РСА могут придумывать свои собственные слова и фразы, в речи стереотипно использовать фразы, не подходящие по контексту.

Даже у высокофункциональных лиц с РСА могут быть проблемы в инициации и поддержании разговора. Общение с людьми, страдающими РСА, часто недостаточно информативно для их собеседников; аутистические личности не способны гибко менять тему разговора, часто не отвечают на вопросы, не опираются на комментарии других людей. Беседу с лицами с РСА, учитывая также их ограниченные интересы, иногда очень трудно поддерживать.

Игра может быть функциональной или воображаемой. Функциональная игра – это та, в которой игрушки используются по назначению, например, игрушечную вилку используют как вилку, машинку – как машинку, а при нажатии на кнопку ожидают причинно-следственной связи от игрушки, что она будет прыгать, издавать звуки и т. д. Здоровые дети играют с несколькими предметами одновременно, творчески и гибко используют их. Всегда можно проследить элементы как функциональной, так и воображаемой игры, к примеру, дети могут естественным образом играть с куклой, а деревянный брусок использовать как машину вражеского солдата.

На ранних этапах первазивного нарушения развития, как и при умственной отсталости, игра может быть манипулятивной, а подражательная деятельность, в том числе и игровая, – отсутствовать. Проблемы с формированием воображаемой игры (игры «понарошку») очевидны для большинства детей с РСА.

## Повторяющиеся, ограниченные, стереотипные формы поведения, движения и интересы

Этот домен клинических проявлений включает стереотипные движения, стереотипные и ограниченные модели поведения, негибкое, шаблонное поведение в повседневных ситуациях, стереотипные и повторяющиеся манеризмы, стойкие увлечения определенными предметами и их частями.

Установлено, что спектр психопатологических симптомов, отнесенных к этому домену, достаточно широк и содержит, как минимум, два субтипа поведения: стереотипное сенсомоторное поведение у младших детей; настаивание на одинаковости (феномен тождества), приверженность к сверхценным интересам у более старших детей, подростков и взрослых.

Многие аутистические личности демонстрирую значительный интерес к определенным темам: они много читают на эту тему, собирают связанные с ней предметы, могут говорить про них часами, но редко вступают в разные сообщества, чтобы разделить свои интересы и хобби, подобно многим молодым людям.

Разница между нормальным поведением и тем, которое наблюдается у лиц с РСА, может объясняться узостью внимания, негибкостью, персеверациями и задержкой социализации. Лица с РСА часто фиксируют свое внимание на очень узких и специфичных вопросах, например на количестве зубов у динозавров. У них могут возникать проблемы с переключением на другие темы, даже в тех случаях, когда другие люди четко дают им понять, что не заинтересованы в том, что те им рассказывают. Они продолжают фокусироваться на своих интересах, даже если должны делать что-то другое, волнуются и расстраиваются, если их прерывают.

Жесткое соблюдение специфических, нефункциональных повседневных правил или ритуалов – типичный симптом РСА. Сопротивления даже незначительным изменениям в повседневной жизни могут доставлять большой дискомфорт родственникам больного.

Двигательные стереотипии, повторяющиеся манеризмы, а также сверхценный интерес к отдельным частям предметов ярче выражены у маленьких детей и проявляются в потряхивании кистями и пальцами рук, стереотипном гримасничании и кривлянии, стереотипных раскачиваниях, ходьбе на носочках, обнюхивании и облизывании несъедобных предметов, необычных взглядах. Стойкая заинтересованность частями предметов может быть замечена в кручении колес машинок, дерганье за дверные ручки, хлопанье дверями мебели и глазами кукол.

Стереотипные движения можно наблюдать и при других состояниях, таких как расстройство Туретта, синдром ломкой Х-хромосомы, расстройство Ретта, обсессивно-компульсивное

расстройство, глухота, слепота, шизофрения, интеллектуальная недостаточность без признаков нарушения первазивного развития. Считается, что частота, а не сами модели поведения, являются отличительной чертой РСА (Bodfish et al., 2000).

## Постановка заключительного психиатрического диагноза

Казалось бы, очевидно, что после предварительной диагностики аутистического расстройства необходимо провести дальнейшее мультидисциплинарное обследование пациента с использованием стандартизированных диагностических инструментариев и процедур. Такие процедуры широко применяются в специализированных клиниках в развитых странах и рекомендованы для использования медико-технологическими документами по стандартизации медицинской помощи МЗ Украины. Речь идет о полуструктурированном диагностическом наблюдении (ADOS), полуструктурированном диагностическом интервью с родителями (ADI-R) и полуструктурированном диагностическом опроснике для социальных и коммуникационных расстройств (DISCO).

Комплект методологической документации, права на использование, обучение и сертификацию специалистов для использования этих психодиагностических тестов необходимо получить у обладателей прав: в случае с ADOS и ADI-R – это Западный психологический сервис (*www.portal.wpspublish.com*), DISCO – Национальное аутистическое общество Великобритании (*www.autism.org.uk*).

Следует признать, что службы по охране психического здоровья детей и подростков в большинстве регионов Украины не располагают такими инструментариями, не имеют сертифицированных специалистов. Очевидна также необходимость обеспечения мониторинга развития ребенка по нескольким параметрам, как структурированным так и неструктурированным.

Руководство Национального института здоровья и качества медицинской помощи Великобритании (NICE) по выявлению аутизма у детей и молодых людей, к которому имеется свободный доступ в сети Интернет (*www.nice.org.uk*), содержит все аспекты специфической диагностики РСА, а также обстоятельные рекомендации по использованию ее основных элементов – специфических диагностических инструментов. В руководство входят указания относительно повышения эффективности взаимодействия с родителями ребенка с РСА, вопросы организации его общемедицинского обслуживания, обучения, обеспечения социальных потребностей. Этой информации достаточно для постановки диагноза аутизма, если он прост.

Обследование, помимо собственно диагностики РСА, также должно включать выявление и оценку коморбидных психических расстройств, общемедицинских проблем, скрининг сильных и слабых особенностей пациента, его социальных и образовательных потребностей. Какие при этом использовать инструменты зависит от возраста пациента и уровня его развития.

Применяемые инструменты направлены, прежде всего, на оценку таких факторов, как:

- наличие и тяжесть когнитивной недостаточности, специфических задержек формирования предпосылок школьных навыков;
- уровень развития понятийной части речи, речевой экспрессии и артикуляции;
- развитие мелкой, крупной моторики и зрительно-моторной координации;
- сформированность навыков коммуникации;
- сформированность повседневных навыков (опрятности, самообслуживания, социальных навыков);

- концентрационная функция внимания, устойчивости, переключаемости, распределяемости; перцепторные нарушения (сенсорная гипер- и гипочувствительность), сенсорные интересы;
- эмоциональная сфера и поведение, стереотипные, оппозиционные, связанные со слабостью импульс-контроля формы поведения;
- физическое здоровье и питание;
- влияние поведения на жизненный опыт, будущую поддержку и управление.

## Общемедицинское обследование

Ребенку с РСА необходимо провести комплексное медицинское обследование, направленное на выявление сопутствующих заболеваний. Результаты зачастую полезны для определения сопутствующих патологий, которые могут иметь причинно-следственную связь с нарушением развития. Особое внимание следует уделить выявлению кожных стигм нейрофиброматоза, туберозного склероза, дизэмбриогенеза и аномалий развития, в том числе микро- и макроцефалии.

Многие из разнообразных соматических синдромов, которые ассоциированы с РСА, сопровождаются заболеваниями кожи.

При туберозном склерозе и гипомеланозе (расстройствах, которые встречаются в 6-10% всех случаев первазивных нарушений развития) небольшие или большие области кожи имеют депигментацию – белые пятна, лишенные пигмента. При туберозном склерозе существуют дополнительные нарушения кожи, некоторые из них развиваются только в школьном возрасте. Узелковые высыпания, например от коричнево-красных до пурпурных с твердыми папулами, распространяются в области носа и щек и могут, по крайней мере на ранних стадиях, приниматься за обычные прыщи. При нейрофиброматозе на коже могут появляться пузырьки (опухоли) темного цвета, большое количество бесцветных и кофейных пятен, изменения в костях челюсти и др. Большинство кожных изменений не нуждаются в терапевтическом вмешательстве.

Обычно аутизм при туберозном склерозе имеет более тяжелые клинические проявления: больные характеризуются более выраженной замкнутостью, своеобразным «пронизывающим» взглядом и сильной раздражительностью. Приступы гнева и взрывы гиперактивности часто сопровождаются нанесением самоповреждений. Частота эпилептических припадков при этом синдроме исключительно высока. Умственная отсталость часто тяжелая или глубокая.

Некоторые случаи РСА, ассоциированные с синдром Ретта, генным полиморфизмом по 15-й хромосоме, обычно сопровождаются нарушениями осанки: сколиозом или кифозом. Начиная с подросткового возраста, нарушения осанки могут становиться настолько серьезными, что иногда требуется ортопедическое лечение. Многие девочки с этим синдромом с подросткового возраста прикованы к инвалидным коляскам.

У пациентов с РСА, связанных с синдромом ломкой Х-хромосомы, часто наблюдаются мышечная гипотония и высокая растяжимость связочного аппарата, приводящая к чрезмерной гибкости суставов.

Пациенты с синдромом Мебиуса средней и легкой степени тяжести часто имеют плохо сформированные руки и ноги. Эта патология может быть связана со значительными нарушениями мелкой моторики и координации движений. Причиной задержки формирования моторных навыков при аутизме иногда являются диспраксические нарушения.

У подростков и взрослых людей с РСА могут наблюдаться нарушения формирования наружных половых органов. Подростки и взрослые мужчины с синдромом хрупкой

Х-хромосомы обычно имеют наружные гениталии (в особенности тестикулы) больших, чем в норме, размеров. Больные с иными хромосомными нарушениями (синдромы Клайнфельтера, Прадера – Вилли), наоборот, могут иметь наружные гениталии очень маленьких размеров. В обоих вариантах это может сопровождаться стигматизирующим косметическим дефектом, являясь причиной травматических переживаний.

При проведении общемедицинского обследования также необходимо искать признаки травм, связанных с самоповреждениями и жестоким обращением. Дети с нарушениями первазивного развития могут становиться объектами третирования и насилия со стороны сверстников и людей, занимающихся их опекой.

## Дифференциальная диагностика

### *Младенческий и ранний детский возраст*

Дифференциальная диагностика в младенческом и раннем детском возрасте особенно актуальна в связи с необходимостью ранней диагностики РСА. С ее помощью важно исключить расстройства, которые мешают нормальному развитию речи и социальных навыков у ребенка.

*Тугоухость.* Ее можно заподозрить, если у ребенка исчезла лепетная речь, отсутствует реакция на звуковые раздражители. При первазивных нарушениях развития ребенок может не реагировать на громкую, но реагировать на шепотную речь, не воспринимать звуки в определенных частотных диапазонах.

Обычно применяемые для диагностики тугоухости методы отоакустической эмиссии и импедансной аудиометрии в большинстве случаев не позволяют провести дифференциальную диагностику между нейросенсорной тугоухостью и перцепторными нарушениями слухового анализатора при аутизме. Если результаты нормальные, потребности в продолжении тестирования нет. В случае выявленного нарушения слухового восприятия через 2-3 месяца обследование необходимо повторить. Если же результаты тестирования опять не отвечают норме, следует изучить вызванные потенциалы мозга на звук и речь.

В отдельных случаях у детей с тяжелыми нарушениями рецептивной речи этот метод обследования также демонстрирует ложноположительные результаты. По результатам катамнестического обследования, у части детей, признанных глухими, через несколько лет появляется речь, а значительное снижение слуха отсутствует.

*Тяжелая психосоциальная депривация.* Известно, что эмоциональная депривация у детей ведет к тяжелым психологическим нарушениям, включая формирование псевдоаутистической клинической картины (Rutter et al., 1999). Симптомами, схожими с аутистическими, в таком случае обычно являются безразличие к окружающему миру, задержка речевого развития, ограниченные интересы и повторяющееся поведение. В отличие от первазивных расстройств развития, у таких детей нет грубых нарушений социальной реципрокности, их состояние быстро улучшается при обеспечении надлежащего ухода и появлении объекта привязанности.

*Интеллектуальная недостаточность (ранее известная как умственная отсталость).* Когнитивная недостаточность у детей в возрасте до трех лет определяется как степень отставания формирования психических и моторных функций от траектории развития здорового ребенка. Чем меньше ребенок, тем выше удельный вес в оценке развития его моторных функций. После полутора лет на показатели интегрального развития значительно влияет задержка речевого.

Если есть определенный морфофенотип, например микроцефалия, множественные стигмы дизэмбриогенеза, можно предположить наличие врожденных пороков

развития мозга, которые являются причиной интеллектуальной недостаточности. Такое же заключение возможно при диагностике ряда генетических синдромов. Кроме того, установлено, что тяжесть интеллектуальной недостаточности у детей с РСА коррелирует с дефицитом социального взаимодействия (Wing, Gould, 1979).

Таким образом, задержку формирования повседневных навыков, речи, подражательной и игровой деятельности, дефицит общения и социальных навыков, стереотипные интересы и формы поведения у ребенка до трех лет довольно сложно отнести исключительно к аутизму или интеллектуальной недостаточности.

Дифференциальная диагностика возможна в тех случаях, когда отставание в формировании навыков социальной компетентности и коммуникации диссонирует с общим уровнем интеллекта. Обычно это тяжело определить, если психический возраст ребенка до 18 месяцев.

В отличие от врожденной интеллектуальной недостаточности, при которой отставание ребенка в различных подсферах психического и моторного развития происходит относительно равномерно, при РСА наблюдается резко дисгармоничное развитие, характеризующееся наибольшими проблемами в сферах, связанных с подражательной, игровой деятельностью и межличностным взаимодействием.

При реабилитационном процессе, построенном на принципах воссозданного онтогенеза у детей с врожденной интеллектуальной недостаточностью, динамика показателей развития, характерная для того или иного уровня когнитивной недостаточности, улучшается в соответствии с ожидаемой возрастной динамикой, при этом значения IQ, определяемые с помощью тех или иных методик, например психообразовательного профиля, существенно не меняются. У детей РСА в случае эффективной реабилитации возможно сокращение отставания в развитии по сравнению со здоровыми, при этом степень когнитивной недостаточности, оцениваемая при помощи индекса IQ, может снижаться. У ребенка с РСА разные психические подсферы обычно имеют различные зоны ближайшего развития, создавая в процессе развития диссонанс между относительно хорошими познавательными и исполнительными психическими функциями.

Дифференциальную диагностику затрудняет частое сочетание РСА и врожденной интеллектуальной недостаточности. Многие расстройства, в основе которых лежит генный полиморфизм (например, синдромы ломкой Х-хромосомы, Прадера – Вилли), сочетаются с клиническими проявлениями, позволяющими диагностировать РСА.

*Расстройство Ретта.* В DSM-IV и МКБ-10 это расстройство отнесено к спектру первазивных расстройств развития. В DSM-V квалификация расстройства Ретта была пересмотрена. Несмотря на то, что пациенты с этим синдромом часто имеют аутистическую симптоматику, она является очевидной только в течение короткого промежутка времени в раннем детстве, для большинства из них на протяжении большей части жизни общие для первазивных нарушений развития диагностические критерии не выполняются.

Расстройство Ретта связывают с генным полиморфизмом Х-хромосомы, наличием гена MECP2. Заболевание встречается почти исключительно у женщин. Обычно наблюдается нормальное развитие до 6-18 месяцев, затем оно приостанавливается и начинается психический регресс с потерей речи, мануальных навыков, специфическими стереотипными «моющими» движениями рук, респираторными нарушениями, появлением судорог и социальной изоляцией. У всех детей отмечаются замедление роста головы и формирование микроцефалии (Amir et al., 1999).

*Рецептивно-экспрессивное расстройство речи.* Расстройство выразительной части речи распространено у детей и обычно заключается в задержке освоения фонетики,

лексической и синтаксической составляющих, что выглядит очень избирательно в контексте нормального развития социальных навыков, невербальной коммуникации, познавательных функций и воображения.

Более редкой является ситуация, когда у детей, не страдающих первазивными нарушениями развития, с нормальным невербальным интеллектом наблюдаются тяжелые рецептивные расстройства (нарушения пониматийной части) речи. Выразительная часть речи у таких детей также обычно вне нормы, но эти нарушения носят вторичный характер.

Чаще рецептивные речевые нарушения описываются как семантико-прагматическое расстройство с шаблонной речью, отсроченными и непосредственными эхолалиями, проблемами социального взаимодействия и диалоговой речи. Тем не менее, при рецептивном расстройстве речи необычные занятия и ритуалы менее характерны, чем при аутизме.

*Синдром Ландау – Клеффнера.* Приобретенная афазия с эпилепсией, или синдром Ландау – Клеффнера характеризуется нормальным развитием до 3-4-летнего возраста с последующим появлением эпилептических припадков и/или эпилептической активности на энцефалограмме во время сна и быстрым регрессом рецептивной, а позднее и экспрессивной речи. На определенной стадии заболевания почти всегда развивается электрический статус медленного сна с почти непрерывной спайк-волновой активностью в фазу медленного сна. Однако необходимо отметить, что регистрация электрического статуса медленного сна не является обязательным условием для постановки диагноза. Регресс речевого развития может наблюдаться после психической травмы и ассоциироваться с социальной депривацией, но диагностические критерии аутизма при этом не выполняются. Существует также клинический вариант первазивного нарушения развития – детское дезинтегративное расстройство, при котором регресс психических функций очевиден и проявляется раньше, обычно в 18-24 месяца. При этом варианте РСА правильнее говорить о дезинтеграции, которой предшествует ускоренное психическое и моторное развитие.

*Селективный мутизм и сепарационная тревога.* Для детей характерны нарушения коммуникации вне семейного окружения, в присутствии малознакомых людей, особенно в социальных ситуациях, отказ от речи, нарушения детско-материнской привязанности. Дифференциальная диагностика с первазивными нарушениями развития обычно не вызывает сложностей и опирается на наличие нормальной коммуникации и социальных навыков дома или в другой семейной обстановке.

### *Школьный возраст*

Сложности может вызывать диагностика случаев высокофункционального, или атипичного аутизма, при котором диагностические критерии расстройства выполняются не полностью. История развития ребенка в возрасте до и после 3 лет является определяющей для постановки правильного диагноза.

Тем не менее, в отдельных случаях высокофункционального аутизма нарушения социальной реципрокности становятся очевидными только при достижении ребенком определенного возраста, после 10-12 лет. Наблюдается устойчивая тенденция к сохранению развившихся нарушений в подростковом и зрелом возрасте.

Диагностические сложности могут быть связаны с отсутствием у таких больных общей задержки или отставания в развитии речи либо когнитивных функций в дошкольном возрасте. При отсутствии нарушений речевого развития для постановки

диагноза важным является выявление иных признаков первазивного нарушения развития, которые можно отследить с возраста до трех лет. Высокофункциональному аутизму часто сопутствует нарушение развития двигательных функций; у многих пациентов как в раннем детском, так и подростковом возрасте наблюдается выраженная неуклюжесть.

Клиницисты также должны учитывать вероятность диагностики детской шизофрении. Возможная путаница между этим редким заболеванием и РСА может возникнуть из-за бедности эмоциональных проявлений и негативизма у пациентов с первазивными нарушениями развития. При дифференциальной диагностике следует иметь в виду, что галлюцинации и бредовые идеи специфичны для шизофрении. Кроме того, большинство детей с ранней манифестацией шизофрении не демонстрируют задержку речевого развития и дефицит социальной реципрокности, характерный для детей с РСА.

Другим психическим расстройством, которое необходимо учитывать при диагностике РСА, является расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ). РСА и РДВГ характеризуются высокой взаимной коморбидностью, но являются дискретными психическими расстройствами.

В ряде случаев РСА приходится дифференцировать с обсессивно-компульсивным расстройством; сложности может вызывать разграничение стереотипных движений и двигательных обсессий, повторяющихся форм поведения и защитных ритуалов, но проведение дифференциальной диагностики возможно на основании данных истории болезни. Тем не менее, первазивные расстройства развития не всегда удается разграничить с другими психическими заболеваниями.

Признанием существования проблемы являются попытки ввести в клиническую практику новую диагностическую категорию комплексного расстройства развития (multiple complex developmental disorder). Дефиниция была предложена Д.Д. Коэном еще в 1986 г. для обозначения особого варианта первазивного расстройства развития, заключающегося в нарушении регуляции аффективного состояния с примитивными тревожными переживаниями, нарушением социальной взаимности, мышления и перцепции вплоть до обманов восприятия.

До настоящего времени расстройство не было включено в современные диагностические системы. По мнению некоторых авторов (Towbin et al., 1993), сущностью предлагаемой диагностической категории является попытка интерпретировать пограничные расстройства детского возраста и детскую шизофрению через призму теории нарушения нейроразвития.

## Прогноз

РСА начинаются в раннем детстве, характеризуются существенными нарушениями в период развития и значительно влияют на процесс взросления и старения. Пациенты с РСА нуждаются в мониторинге индивидуальной адаптации на протяжении всей своей жизни, что позволяет оптимизировать программу поддержки и оказывать значительное влияние на прогноз заболевания.

Baghdadli et al. (2007) указали на высокую изменчивость краткосрочных результатов достигаемого уровня социальной компетентности у дошкольников, их зависимость от индивидуальных особенностей детей и применяемых адаптивных стратегий. Было выдвинуто предположение, что выявленные различия могут быть обусловлены определенными исходными характеристиками, такими как разговорные навыки, уровень когнитивного функционирования или тяжесть симптомов аутизма.

Чем более низок уровень когнитивного функционирования, тем хуже будут показатели адаптивного поведения. Установлено, что появление речи до 6 лет и более высокий IQ связаны с лучшим прогнозом (Billstedt et al., 2011). Однако, поскольку долгосрочные катамнестические исследования не проводились, врачи должны быть осторожны, рассматривая далекое будущее своих пациентов с РСА.

Первазивные расстройства развития наблюдаются на протяжении всей жизни больных и не могут быть вылечены. Тем не менее, инвалидность пациентов с РСА зависит не только от тяжести заболевания, личностной конституции, но и от окружающей среды, учитывающей или нет их особые потребности, позволяющей достичь максимально возможного уровня адаптивного поведения, свести к минимуму клинические проявления.

Неопределенность прогноза у людей с РСА объясняется рядом причин. Во-первых, проведено малое количество исследований, в которых изучалась роль специальной поддержки пациентам с РСА. Во-вторых, есть группа молодых и менее пострадавших (высокофункциональных) больных РСА, у которых ответ на поддержку может оказаться значительно лучше, чем прогнозируемый. И наконец, имеется очень ограниченное количество информации о взрослых пациентах, страдающих расстройством Аспергера.

Marriage и Wolverton (2009) продемонстрировали, что даже пациенты с высокофункциональным аутизмом, несмотря на хорошую школьную успеваемость, во взрослом возрасте могут иметь проблемы при создании семьи, трудоустройстве, а также у них более низкие, чем в популяции, показатели физического и психического здоровья.

В целом можно констатировать, что большинство людей с РСА демонстрируют нарушения социального взаимодействия на протяжении всей жизни. Такие люди нуждаются в специальной помощи и поддержке во многих сферах их жизни. Качество жизни людей с РСА можно улучшить путем создания специальных программ поддержки, адекватных их специфичным потребностям. Общественные программы поддержки должны быть адаптированы к индивидуальным потребностям пациентов, учитывать сильные и слабые особенности личности, быть четкими и понятными, опираться на реально доступные ресурсы.

Поведение и адаптивные навыки при РСА, как правило, улучшаются с возрастом. Nordin и Gillberg (1998) доказали возможность существенного повышения социальной компетентности, гибкости поведения и улучшения когнитивного функционирования у пациентов с РСА в процессе их реабилитации. Однако необходимо проводить больше исследований при участии взрослого населения, чтобы программы лучше отвечали их нуждам и могли обеспечивать реальную поддержку при переходе во взрослую жизнь.

Чтобы избежать нереалистичных ожиданий, прогноз при РСА следует обсудить с семьей, сосредоточить все усилия и потенциал семьи и общества на достижении максимально возможного уровня социального функционирования и независимости.

## Лечение

Лечение РСА и его эффективность в значительной степени зависят от возраста пациента, тяжести нарушений в тех или иных психических сферах, например уровня когнитивного функционирования, развития речи, двигательных функций, наличия сопутствующих заболеваний, действия средовых факторов, таких как семейная и социальная ситуация, уровень образования, здравоохранения и социальной помощи.

В украинском обществе существует тенденция искать «универсальное лекарство от аутизма». Интернет и социальные сети, с одной стороны, предоставляют семьям и специалистам самую современную информацию об исследованиях в области диагностики

**Таблица. Рекомендации по применению методик лечения РСА, основанные на принципах доказательной медицины**

| Эффективность | Вмешательство | Рекомендация |
|---|---|---|
| Не подтверждена | Метод Домана – Делакато<br>Линзы Ирлена<br>Метод облегченной коммуникации<br>Психодинамическая психотерапия<br>Секретин<br>Противогрибковая терапия<br>Хелирование<br>Иммуномодулирующая терапия<br>Противовирусная терапия<br>Краниосакральная терапия<br>Анималотерапия | Не рекомендовано |
| Слабые доказательства | Слуховая интеграция<br>Сенсорная интеграция<br>Экспрессивная психотерапия (арт-терапия и музыкотерапия)<br>Витамины и пищевые добавки<br>Безглютеновая/казеиновая диета<br><br>Тренинг социальных навыков<br>Альтернативная коммуникация<br>Лечение и обучение детей с аутистическими и другими нарушениями общения (TEACCH)<br>Когнитивно-поведенческая терапия<br>Применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина у взрослых с РСА (при коморбидной депрессии)<br>Психостимуляторы у детей и взрослых с РСА (при коморбидном РДВГ) | Условное одобрение<br><br>Рекомендовано только в рандомизированных контролируемых исследованиях<br><br>Рекомендовано |
| Подтверждена | Поведенческие вмешательства (прикладной поведенческий анализ)<br>Применение рисперидона (при сопутствующей тяжелой раздражительности или разрушительном поведении) | Рекомендовано |

и терапии первазивных нарушений развития, с другой – служат источником ложных убеждений и сведений, основанных на суеверии. Многие родители и специалисты постоянно задают себе вопрос, сделали ли они все возможное для того, чтобы дать шанс ребенку на выздоровление, не существует ли что-то еще, что можно было бы сделать, а они это не делают? Люди хотят верить в чудо, и это создает почву для распространения методов, не опирающихся на принципы научной доказательности и даже откровенного мракобесия.

При планировании программ помощи лицам с РСА очень часто не учитываются региональные возможности и ограничения. Таким образом, программы, эффективно действующие много лет в экономически развитых государствах, могут быть скопированы в странах экономически неразвитых и не обеспечивают достижение ожидаемого эффекта. Необоснованным может также быть игнорирование местных ресурсов и возможностей.

Научение, обучение социальным навыкам в течение жизни, поддержка семей и специалистов, а также оказание услуг высокого качества при РСА могут значительно улучшить качество жизни пациентов и их семей.

Во многих странах, таких как Великобритания и Испания, существуют практические рекомендации, в которых анализируется доказательная база всего массива методов лечения РСА. В Великобритании отделами, отвечающими за образование и здравоохранение, подготовлены рекомендации по оказанию медицинской помощи, социальной поддержке и обучению детей и молодых людей с РСА.

Последний обзор доказательной базы позволил сделать вывод, что лишь некоторые терапевтические методы подтвердили свое соответствие критериям эффективных вмешательств. Тем не менее, доказательная база улучшается с увеличением количества хорошо организованных исследований. Количество проведенных за последнее десятилетие рандомизированных контролируемых испытаний стремительно увеличивается, однако большинство все же нацелены на краткосрочные цели. Существует очень мало исследований, в которых поднимается вопрос относительно того, приведет ли лечение к значимому положительному эффекту в долгосрочной перспективе или, по меньшей мере, сможет улучшить качество жизни пациентов.

Методики лечения РСА, подтверждение их эффективности и рекомендации применения, основанные на принципах доказательной медицины, представлены в таблице.

На сегодняшний день программы, основанные на поведенческой терапии, направленные на улучшение общения родителей с ребенком, а также акцентированные на развитии коммуникативных и социальных навыков, имеют наибольшую доказательную базу и могут рассматриваться как эффективные, по меньшей мере, в краткосрочной перспективе.

Таким образом, при РСА, прежде всего, могут быть рекомендованы:

- специальные программы научения, применяемые в наиболее раннем возрасте, акцентированные на социализации, навязывании коммуникации, формировании предпосылок школьных навыков с последующим академическим образованием, адаптивного поведения, реализуемые в наименее ограниченной обстановке сотрудниками, которые ознакомлены как с особенностями аутизма, так и личными характеристиками пациента;
- психообразовательные программы на макро- и микросоциальном уровне, обеспечивающие хорошую информированность населения, сопровождающиеся предоставлением поддержки обществом, межведомственных услуг, которые должны помочь людям с РСА реализовать свой потенциал;
- обеспечение доступности полного спектра психологических и медицинских услуг, адаптированных к нуждам людей с РСА.

В соответствии с рекомендациями международной ассоциации Autism Europe (*www.autismeurope.org*), все формы помощи, эффективность которых доказана в соответствии с принципами доказательной медицины, основаны на 4 принципах, которые представлены ниже.

1. Индивидуальность. Не существует способа лечения, одинаково эффективного для всех пациентов с РСА. Различия в проявлениях симптомов аутистического спектра, сформированности индивидуальных навыков, наличии сенсорных и сверхценных интересов, особенности средовых влияний и ресурсы группы первичной поддержки влияют на индивидуальную терапевтическую стратегию и содержание программы реабилитации.

2. Структура. Данный принцип состоит в установлении четких кратко- и долгосрочных целей, определении путей их достижения, создании системы мониторинга и оценки результатов.

3. Интенсивность и системность. Применяемые вмешательства должны быть не спорадическими и кратковременными, а ежедневными, на постоянной основе, в разных условиях, и выполняться всеми, кто работает и живет с лицами с РСА. Системность реабилитационных тренингов гарантирует, что сформированные навыки будут перенесены в реальные жизненные ситуации и сохранены. Лица, ответственные за проведение таких вмешательств, должны иметь доступ к поддержке и руководящим принципам в области РСА.

4. Участие семьи. Как в детстве, так и в зрелом возрасте родители должны быть ключевыми фигурами при проведении терапевтических вмешательств. Необходимо умело использовать и поддерживать ресурсные возможности семьи. Таким семьям должны предоставляться методические материалы, тренинги для родителей, различные формы социальной поддержки, такие как временный присмотр за детьми, налоговые льготы. Социальная поддержка семьям, воспитывающим детей с РСА, позволяет избежать дискриминации, которую многие из них по-прежнему испытывают. Обеспечение доступности адекватных социальных, медицинских и образовательных услуг необходимо для того, чтобы у этих семей был такой же уровень качества жизни, как и у других.

Независимо от возраста, большинство людей с РСА живут со своими семьями. Именно у этих семей следует узнать, какой бы поддержки им хотелось, о чем они мечтают, какие приоритеты и цели ставят для своих детей. Люди с РСА должны участвовать в этом диалоге, прямо или при помощи лиц из группы первичной поддержки. Семьи – это основная сеть поддержки, которую невозможно заменить государственными центрами. Основная цель заключается в том, чтобы помочь больным РСА достичь максимального возможного в данных условиях потенциала. Речь идет о борьбе не только за их здоровье, но также против невежества и дискриминации.

# Гиперкинетический и аутистический спектры психических нарушений у детей: особенности дифференциальной диагностики

*И.А. Марценковский,*
*Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины,*
*г. Киев*

В клинической практике часто встречаются дети, у которых одновременно наблюдаются симптомы спектра аутизма (первазивного нарушения развития), гиперкинетического расстройства (ГКР), специфические нарушения развития речи, двигательных функций и школьных навыков, образуя континуум полиморфных, сложных для дифференциальной диагностики клинических проявлений [1, 2]. В некоторых клинических случаях преобладают симптомы спектра аутизма, тогда как в других более четко выражены проявления гиперкинетического расстройства.

Возникает вопрос о том, какое из этих двух расстройств должно быть диагностировано? Согласно диагностическим критериям как МКБ-10, так и DSM-IV, рекомендуется не диагностировать ГКР при выполнении диагностических критериев расстройства аутистического спектра (РАС).

Многообразие вариантов пересечения первазивных нарушений развития с клиническими проявлениями гиперкинетического спектра может быть объяснено в рамках двух гипотез: согласно первой, клинический полиморфизм рассматривают как континуум переходных состояний между РАС и ГКР, а вторая предполагает существование двух, трех, четырех или более независимых заболеваний с различными стереотипами развития и дискретными клиническими проявлениями.

Смешанные специфические расстройства развития речи, двигательных функций и школьных навыков (задержка речевого развития [ЗРР]) могут рассматриваться как осложнения (проявления тяжести) континуума нарушений нейроразвития либо как дискретная форма расстройств развития.

Уже в первых исследованиях Каннера и Аспергера, посвященных аутизму, в качестве основных клинических проявлений были описаны дефицит внимания, импульсивность и гиперактивность [3-5]. Нарушения активности и внимания также являются базовыми при ГКР. Задержки развития экспрессивной и рецептивной речи, школьных навыков наблюдаются у большинства больных РАС и ГКР. ЗРР всегда сопровождаются нейрокогнитивными нарушениями, в том числе дефицитом концентрационной функции внимания.

Внимание при аутизме может быть как легко переключаемым, неустойчивым, распределенным на чрезмерном количестве объектов, со слишком большим объемом для качественного восприятия, что также характерно для детей с ГКР, так и

сверхсконцентрированным на отдельных деталях, недостаточно переключаемым для целостного восприятия, не встречающимся при ГКР [6].

Анализ особенностей дефицита внимания при РАС может способствовать пониманию целого ряда базовых для этого расстройства симптомов [6]. Описана триада нарушений, характерных для детей с первазивными нарушениями развития в виде гиперсистематизации, сверхконцентрации внимания на деталях и гиперчувствительности. Чрезмерная фиксация пациента на частях предметов может быть причиной их стереотипного или своеобразного использования. Кроме того, дети с описанными нарушениями концентрационной функции внимания имеют нарушенный паттерн движений глаз и последовательной концентрации внимания на деталях лица в процессе его восприятия. В США создано оборудование, и в ближайшие годы будут разработаны диагностические алгоритмы, позволяющие с высоким уровнем надежности выявлять глазодвигательные паттерны, специфичные для первазивных нарушений развития и других ранних поведенческих расстройств у детей.

Селективность внимания может быть причиной дефицита в понимании социального контекста ситуаций, эмоциональных реплик, восприятии обращенной речи, способности отделения ее от шума. Плохая переключаемость внимания может, предположительно, быть причиной фрагментарного восприятия окружающей среды и формирования первазивных нарушений развития. Таким образом, расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ) и РАС, вероятно, ассоциированы с причинно-следственными связями, приводящими к формированию континуума различных по тяжести нарушений психического развития.

Не исключено, что клинический полиморфизм комбинации симптомов РДВГ и ГКР является следствием генетического полиморфизма. Установлено, что сочетание нарушений активности и внимания со стереотипными движениями и тиками может быть ассоциировано с полиморфизмом гена 13q31, ГКР с тяжелыми нарушениями речевого развития – 6p22; расстройства активности и внимания с перцепторными нарушениями, сенсорными и сверхценными интересами – 4q11. Первазивные расстройства развития с тяжелыми нарушениями активности и внимания часто наблюдаются при мутации гена 16p13 [7].

Целью настоящего исследования было изучение клинической типологии и распространенности РАС и РДВГ в выборке детей с полиморфной симптоматикой с использованием научно обоснованных диагностических процедур.

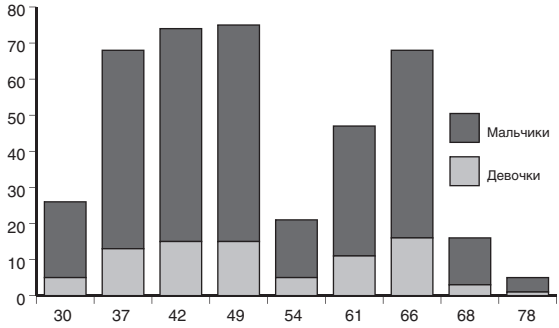


**Рис. 1. Распределение включенных в исследование детей в зависимости от пола и возраста**

## Материалы и методы исследования

Были рандомизированы 226 детей в возрасте 2-8 лет (ментальный возраст – от 14 до 70 месяцев) с полиморфной симптоматикой, включавшей гиперактивность, двигательную расторможенность, разрушительные формы поведения, нарушения концентрационной функции внимания и взаимодействия со сверстниками, задержки развития экспрессивной и/или рецептивной речи, недостаточный эмоциональный и зрительный контакты, стереотипные движения, поведение и игровую деятельность.

Для диагностики использовали полуструктурированное диагностическое интервью с родителями для скрининга симптомов аутизма (ADI-R) и рейтинговую шкалу для оценки дефицита внимания и гиперактивности (ADHD-RS). Применяемые инструментарии валидизированы с использованием диагностических критериев DSM-IV, поэтому при обсуждении полученных результатов использовались категории этой диагностической системы.

На рисунке 1 представлено распределение включенных в исследование детей в зависимости от пола и возраста (мальчики во всех возрастных группах преобладали над девочками).

Особенности психического и моторного развития рандомизированых детей определяли при помощи психообразовательного профиля (PEP-R). Оценивали ментальный возраст ребенка, актуальный уровень и зоны ближайшего развития для перцепции, подражательной деятельности, мелкой и крупной моторики, зрительно-моторной координации, познавательной деятельности и речи. Для оценки социального функционирования и адаптивного поведения использовали шкалу социальной реципрокности (SRS-2), контрольный список аномального поведения (ABC) и 2-ю версию шкалы адаптивного поведения Вайнленд. Для сбора социально-демографических данных, анализа истории развития и заболевания ребенка, семейного анамнеза применяли семейный опросник (FQ) и полуструктурированную рейтинговую клиническую шкалу для формализованной оценки клинических проявлений расстройства у детей (SCEF).

## Результаты исследования и их обсуждение

После диагностического скрининга рандомизированных детей с полиморфной симптоматикой аутистическое расстройство (АР) было установлено у 50 (22,1%), РАС – у 30 (13,3%), ЗРР – у 146 (64,6%) человек. РДВГ диагностировали у 32 (64,1%) детей с АР, 21 (0,7%) с РАС и 37 (25,3%) с ЗРР.

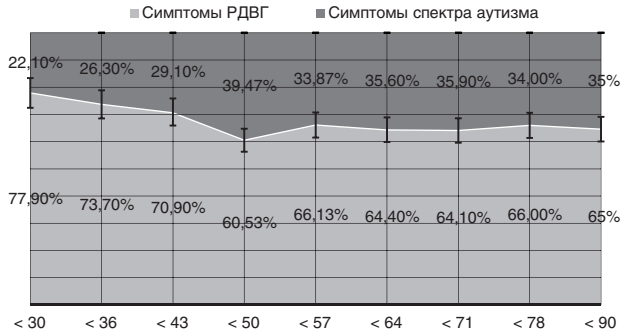


**Рис. 2. Влияние возраста на соотношение аутистических и гиперкинетических симптомов у рандомизированных детей с полиморфной симптоматикой**

На рисунке 2 представлено соотношение аутистических и гиперкинетических симптомов в зависимости от возраста у детей с полиморфной симптоматикой. В выборке пациентов с полиморфной симптоматикой обращает внимание уменьшение с возрастом удельного веса первазивной и усиление гиперкинетической симптоматики.

У детей с РДВГ в соответствии с диагностическими критериями DSM-IV выделяются три клинических подтипа:

- с преобладанием гиперактивности и импульсивности;
- с преобладанием невнимательности;
- комбинированный вариант.

Распределение клинических вариантов РДВГ в выборке детей с полиморфной симптоматикой представлено на рисунке 3.

При АР подтип РДВГ с гиперактивностью и импульсивностью наблюдался у 8%, с невнимательностью – у 35,3%, комбинированный подтип – у 19,9% из включенных в исследование детей. При РАС РДВГ с гиперактивностью и импульсивностью диагностировано у 17,2%, с невнимательностью – у 17,6%, с комбинированными клиническими проявлениями – у 37,6% пациентов. У детей с ЗРР РДВГ с гиперактивностью и импульсивностью было выявлено в 13,2%, с невнимательностью – в 6,6% случаев. Комбинированный подтип РДВГ наблюдался у 5,3% пациентов с ЗРР.

Симптомы, ассоциированные с невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью при АР, были выражены меньше, чем при РАС; минимальная выраженность симптомов гиперкинетического спектра отмечалась у детей с ЗРР. В группе пациентов с РАС преобладали случаи РДВГ с гиперактивностью и импульсивностью; РДВГ с доминированием невнимательности, случаи без РДВГ встречались реже. У детей с РАС комбинированный подтип РДВГ также имел место чаще, чем у таковых с АР. Негативная диагностика АР и РАС положительно коррелировала с таковой РДВГ. У детей с ЗРР все три подтипа РДВГ наблюдались реже, чем в 30% случаев.

Коморбидная симптоматика спектра РДВГ у детей с АР и РАС меняется с возрастом: наблюдалось снижение гиперактивности, но усиливались нарушения, ассоциированные с невнимательностью. У пациентов с РАС с возрастом увеличивался удельный вес комбинированных вариантов РДВГ, чаще наблюдались оппозиционные и кондуктивные поведенческие нарушения. При ЗРР расстройства рецептивной речи чаще сочетались с нарушениями качества социальной инициативы и реципрокности. Нарушения выразительности речи в большей степени были связаны с гиперактивностью и импульсивностью.

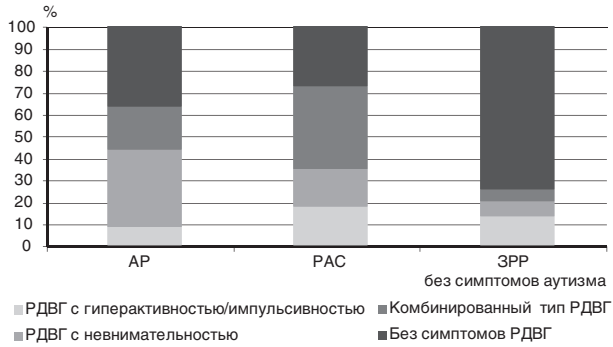


**Рис. 3. Представленность различных подтипов РДВГ среди детей с АР, РСА, ЗРР без симптомов аутизма**

**Таблица 1. Клиническая типология клинических проявлений у детей с АР, РСА и ЗРР при оценке по SCEF**

| SCEF (пункты) | Наличие симптома, % | | | Достоверность различий (p, сравниваемые значения) |
|---|---|---|---|---|
| | РАС | АР | ЗРР с симптомами аутистического и гиперкинетического спектров | |
| | 1 | 2 | 3 | |
| Бедные социальные взаимодействия | 53,2 | 87,8 | 6,4 | <.001 ($p_{1/2}$; $p_{1/3}$; $p_{2/3}$) |
| Гиперактивность | 55,8 | 81,4 | 28,7 | <.001 ($p_{1/2}$; $p_{1/3}$) |
| Отсутствие речи/задержка речевого развития | 59,6 | 27,9 | 85,6 | <.001 ($p_{1/2}$; $p_{1/3}$; $p_{2/3}$) |
| Агрессивность | 33,0 | 46,8 | 35,6 | N.S. |
| Упрямство (оппозиционность) | 31,9 | 46,8 | 28,7 | N.S. |
| Невнимательность | 66,0 | 91,5 | 30,9 | <.001($p_{1/2}$; $p_{1/3}$; $p_{2/3}$) |
| Навязчивости | 29,8 | 27,7 | 14,9 | N.S. |
| Отсутствие реакции на социальные стимулы | 40,4 | 95,7 | 25,5 | <.001 ($p_{1/2}$; $p_{2/3}$) |
| Стереотипные формы поведения | 24,5 | 59,6 | 6,4 | <.001 ($p_{1/2}$; $p_{1/3}$; $p_{2/3}$) |
| Нетерпеливость и/или импульсивность | 77,6 | 47,8 | 25,6 | <.001 ($p_{1/2}$; $p_{1/3}$; $p_{2/3}$) |
| Брезгливость, разборчивость в еде | 21,3 | 18,7 | 15,4 | N.S. |
| Эхолалии | 20,8 | 17,6 | 19,3 | N.S. |
| Заинтересованность в просмотре рекламы по телевизору | 19,8 | 45,9 | 15,0 | <.001 ($p_{1/2}$; $p_{2/3}$) |
| Кондуктивные поведенческие проблемы | 40,9 | 38,7 | 15,6 | <.001 ($p_{1/2}$; $p_{2/3}$) |
| Артикуляционные и/или интонационные нарушения | 18,1 | 15,3 | 37,8 | <.001 ($p_{1/2}$; $p_{2/3}$) |
| Отсутствие зрительного контакта | 14,9 | 59,6 | 5,2 | <.001 ($p_{1/2}$; $p_{1/3}$; $p_{2/3}$) |
| Множественные страхи | 13,9 | 7,4 | 15,9 | N.S. |
| Проблемы со сном | 14,6 | 9,9 | 18,6 | N.S. |
| Тактильная сверхчувствительность | 20,3 | 25,5 | 28,4 | N.S. |
| Неправильное использование местоимений | 10,5 | 14,9 | 32,4 | <.001 ($p_{1/3}$; $p_{2/3}$) |
| Застенчивость | 10,6 | 5,8 | 12,9 | N.S. |
| Эмоциональная лабильность | 10,3 | 13,9 | 28,4 | <.001 ($p_{1/3}$; $p_{2/3}$) |
| Тики | 5,3 | 4,8 | 10,6 | <.001 ($p_{1/3}$; $p_{2/3}$) |
| Плохой аппетит | 22,6 | 26,3 | 17,4 | N.S. |
| Нарушения эмоциональной синтонности | 14,3 | 15,7 | 12,1 | N.S. |
| Нетерпимое отношение к любым изменениям | 12,1 | 22,5 | 6,4 | <.001 ($p_{1/2}$; $p_{1/3}$; $p_{2/3}$) |
| Гиперчувствительность к акустическим и зрительным раздражителям (вздрагивания на предъявление) | 11,1 | 10,6 | 8,5 | N.S. |

**Таблица 2. Факторный анализ клинического полиморфизма у рандомизированных детей с выделением первазивных нарушений развития, разрушительного поведения, а также дефицита внимания с ЗРР**

| Факторы | Факторные нагрузки | | | Суммарное влияние факторов |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | |
| Отсутствие глазного контакта | .58 | | -.72 | .43 |
| Стереотипии | .66 | | -.38 | .37 |
| Бедные социальные взаимодействия | .55 | | -.66 | .48 |
| Отсутствие речи/ЗРР | .41 | | .65 | .42 |
| Отсутствие реакции на социальные стимулы | .55 | | | .33 |
| Заинтересованность в просмотре рекламы по телевизору | .58 | | | .29 |
| Неправильное использование местоимений | .35 | | .52 | .27 |
| Эмоциональная лабильность | | | .31 | .23 |
| Тики | | | .17 | .20 |
| Нетерпеливость и /или импульсивность | | .65 | -.29 | .39 |
| Гиперактивность | | .62 | -.32 | .28 |
| Кондуктивные поведенческие проблемы | | .61 | | .32 |
| Невнимательность | | .55 | | .34 |
| Артикуляционные и/или интонационные нарушения | | -.37 | .38 | .17 |
| Нетерпимое отношение к любым изменениям | .46 | | | .28 |
| Собственные значения | 3,28 | 2,88 | 1,94 | |
| % дисперсии | 12,15 | 10,67 | 7,18 | |

Клинический полиморфизм детей в группах сравнения при оценке по SCEF представлен в таблице 1.

Результаты факторного анализа отображены в таблице 2. Использование факторного анализа позволило выделить значимые клинические признаки и на основании наличия взаимных корреляций определить три фактора, которые описывают все многообразие клинических проявлений у рандомизированных детей с полиморфной симптоматикой: первазивных нарушений развития, разрушительного поведения, а также дефицита внимания и ЗРР. Выделенные факторы можно рассматривать как своеобразные моноквалитативные симптомокомплексы, имеющие причинно-следственную взаимосвязь. Из представленных данных видно, что симптомы, характеризующие отдельные факторы, накладываются друг на друга. Их взаимодействие определяет клинический полиморфизм у включенных в исследование детей.

Обращает на себя внимание наличие сильных корреляций между суммами баллов, полученных при скрининге с использованием ADI-R и субшкалы гиперактивности ADHD-RS. Существует незначительная связь между суммой баллов по ADI-R и субшкале невнимательности ADHD-RS.

## Выводы

Полученные результаты демонстрируют, что дети с РАС, АР и ЗРР с симптомами аутистического и гиперкинетического спектров имеют большое количество общих клинических проявлений, образуя единый континуум полиморфных нарушений.

Из всего многообразия клинических нарушений у таких пациентов возможно выделение трех моноквалитативных синдромов:

• спектра первазивных нарушений развития;
• спектра разрушительного поведения;
• спектра дефицита внимания и ЗРР.

Нарушения внимания при РДВГ и первазивных расстройствах (АР и РАС) в большинстве случаев, по-видимому, имеют различную природу, что не исключает вероятности коморбидности этих расстройств у некоторых детей.

Многие симптомы, отражающие нарушения развития, включая специфические задержки развития рецептивной, экспрессивной речи, речевой артикуляции и двигательных функций, встречаются как при АР, РАС, так и при РДВГ. Дети с РАС имели больше общих клинических проявлений с пациентами с АР и ЗРР с симптомами аутизма, чем с детьми с ЗРР и симптомами РДВГ. Тяжесть таких симптомов, как бедность социальных взаимодействий, отсутствие зрительного контакта, стереотипные движения, формы поведения и интересы для пациентов с АР характерна в большей мере, чем в группе с РАС. Специфические задержки речевого развития и двигательных функций чаще сочетаются с нарушениями концентрационной функции внимания, чем с расстройствами социальной реципрокности.

Таким образом, результаты исследования поддерживают гипотезу, согласно которой АР и РАС можно рассматривать как подтипы континуума первазивных нарушений развития. Совокупные первазивные расстройства развития и РДВГ представляются в качестве дискретных расстройств. ЗРР с аутистическими и ЗРР с гиперкинетическими симптомами, по-видимому, также являются дискретными расстройствами, такими как РДВГ и аутизм.

В качестве возможных критериев для дифференциальной диагностики ЗРР с симптомами аутистического и ЗРР с симптомами гиперкинетического спектра рассматриваются: преобладание нарушений развития рецептивной над расстройствами экспрессивной речи, преобладание гиперактивности и импульсивности над невнимательностью, а также наличие диспрактических нарушений, в частности дизартрии.

## Литература

1. Wing L., Gould J., Gillberg C. Autism spectrum disorders in the DSM-V: Better or worse than the DSM-IV? // Research in Developmental Disabilities. – 2011. – V. 32. – P. 768-773.

2. Taylor E., Sonuga-Barke E. Disorders of attention and acitivity / Rutter M., Bishop D., Pine D. et al., 5th ed. // Rutter's Child & Adolescent Psychiatry. – Oxford: Wiley-Blackwell., 2008. – P. 467-496.

3. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // The Nervous Child. – 1943. – V. 2. – P.217-250.

4. Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter // Archiv fur psychiatrie und nervenkrankheiten. – 1944. – V. 117. – P. 76-136.

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

6. Baron-Cohen S. Ashwen E., Ashwen C. Talent in autism: hypersystemizing, hyper-attention to detail and sensory hypersensitivity // Philosophical Transactions of the Royal Society: Biological Sciences, 2009. – V. 364. – P. 1377-1383.

7. Freitag C.M., Staal W., Klauck S.M. Genetics of autistic disorders: review and clinical implications // Eur Child Adolesc Psychiatry. – 2010. – V. 19. – P. 169-178.

# Джин Шук: «Пациенты с пограничным расстройством личности больше не относятся к числу безнадежных, как было принято считать раньше»

Интервью с Джин Шук (Jean Shook) – преподавателем кафедры психиатрии, руководителем отделения диалектической терапии психиатрической поликлиники Медицинского университета SUNY Upstate штата Нью-Йорк (Сиракузы, США).

**– Джин, каковы основные клинические проявления пограничного расстройства личности?**

– Первазивный паттерн нестабильных межличностных отношений, нестабильность собственного имиджа и аффекта, выраженная импульсивность, присутствующая в множественных контекстах, составляют клиническую сущность пограничного расстройства личности. Для диагностики данного заболевания необходимо наличие у пациента пяти симптомов из девяти нижеприведенных.

1. Желание избежать вероятности быть брошенным.
2. Паттерн нестабильных и напряженных взаимоотношений с окружающими и близкими людьми, характеризующийся сменой полярных экстимов, таких как идеализация и обесценивание.
3. Нарушение восприятия собственной личности: значительная и хроническая нестабильность собственной индивидуальности и оценки собственного имиджа.
4. Саморазрушительный паттерн поведения с беспорядочными сексуальными связями, употреблением наркотиков, рискованным вождением машины, расстройствами питания по типу импульсивного переедания.
5. Повторное суицидальное и самоповреждающее поведение, многочисленные попытки и угрозы суицидов.
6. Аффективная нестабильность из-за значительной реактивной лабильности настроения.
7. Хроническое ощущение пустоты.
8. Неприемлемая, интенсивная злость и трудности контроля агрессивных эмоций.
9. Транзиторные, связанные со стрессом параноидные мысли или тяжелые диссоциативные симптомы.

Больные, страдающие пограничным расстройством личности, не в состоянии регулировать аффект и поведение, они обладают повышенной импульсивностью, категорически полярным «черно-белым» мышлением и восприятием окружающей действительности, приводящими к хаотичности жизни. Многие люди с пограничным нарушением личности имеют биологическую предрасположенность к этому заболеванию,

но формирование его в большей степени связано с влиянием дисфункциональной семьи и окружающей среды. У большинства пациентов можно описать индивидуальные истории психологических травм, вызванных эмоциональными, физическими и сексуальными издевательствами.

Марша Линехан, создавшая диалектическую поведенческую терапию (ДПТ) в 90-х гг. XX ст., считает, что такие индивидуумы рождены эмоционально сенситивными, слишком быстро реагируют на эмоции, их эмоции более интенсивны, и им требуется больше времени, чтобы успокоиться. Такая биологическая предрасположенность в сочетании с неблагоприятными условиями среды способствует формированию пограничного расстройства личности.

**– То есть, при наличии благоприятной среды проживания и поддержке можно избежать развития пограничного расстройства личности? Каким образом?**

– Скорее всего, пациенты, у которых сформировалось пограничное расстройство личности, в детском возрасте не имели возможности обучиться навыкам регуляции эмоциональной лабильности и сенситивности. Ведь в мире много эмоционально сенситивных людей, но у значительной их части в детстве были родители, которые могли их поддержать, поэтому они смогли научиться, как бороться с эмоциональным стрессом и модулировать свои эмоции.

Приведу один из примеров того, как родители не оказывают надлежащей поддержки ребенку. Ребенок пришел расстроенный, так как его дразнили в школе, он плачет. Родители говорят: хватит быть плаксой, нюней, это смешно. Ребенок думает, что родители не переживают за него, он испытывает чувство обиды и злости. Так дети получают неправильную информацию от взрослых, перестают доверять собственным чувствам, себе в частности. Получив такой опыт, они не умеют регулировать свои эмоции. Родители, поддерживающие своего ребенка, учат его говорить о переживаниях и чувствах: «это так обидно и досадно, когда тебя дразнят», «как думаешь, что можешь сделать в такой ситуации?», «можешь ли ты сказать учителю?», «есть ли в школе ребята, с кем бы хотел подружиться?» и т. д. Именно так происходит обучение навыкам регуляции эмоций и проблемно-решающего поведения в ситуации фрустрации. Таким образом ребенок учится находить свое место в обществе ровесников.

**– Некоторые специалисты настаивают на патогенетической близости пограничного расстройства личности и шизофрении. Часто у таких пациентов определяют признаки латентной или резидуальной шизофрении. Что Вы можете сказать по этому поводу?**

– Я даже не могла предположить, что пациентов с пограничным расстройством личности могут называть латентными шизофрениками. Диагноз шизофрении включает в себя позитивные симптомы, такие как галлюцинации и бред, у людей с пограничным расстройством личности их нет. У таких пациентов нет и негативных симптомов, среди которых уплощение аффекта, трудности построения взаимоотношений с другими людьми, характерных для шизофрении. Больные пограничным расстройством личности стремятся к установлению позитивных отношений, социальной жизни, но они не могут поддерживать конструктивные длительные взаимоотношения. Лица,

страдающие шизофренией, не испытывают потребности в эмоциональной синтонности, близости с людьми, тогда как пациенты с пограничным расстройством личности в значительной степени нуждаются в общении. Дагностические критерии пограничного расстройства личности содержат микропсихотические проявления, которые транзиторны и, как правило, развиваются при стрессе. Больные могут жаловаться на то, что «слышат голоса», но они отличаются от слуховых галлюцинаций при шизофрении. Такие «голоса» хорошо описаны в учебниках, они зачастую зависят от настроения, имеют негативную, самоосуждающую направленность. Еще одной особенностью является то, что лица с пограничным расстройством личности постоянно стремятся в общество, ищут отношений, но не умеют их строить и поддерживать, в отличие от больных шизофренией, которые комфортно чувствуют себя в одиночестве. Пациенты с пограничным нарушением личности могут иметь параноидные включения, но, опять-таки, отсутствует ощущение их странности и вычурности. Их параноидность направлена на взаимоотношения с другими людьми и обществом.

Для купирования таких проявлений для стабилизации настроения при микропсихотических эпизодах иногда используются небольшие дозы атипичных антипсихотиков. Однако сразу отмечу, что фармакологические методы лечения являются вспомогательными, основной должна быть психотерапия.

**– Одной из частых причин такого расстройства является сексуальная травма, перенесенная в детском возрасте. Как такая травма влияет на развитие пограничного расстройства личности?**

– В моей практике 85-90% женщин с пограничным расстройством личности подвергались сексуальному насилию в детском и подростковом возрасте, что, безусловно, способствует развитию данного заболевания.

Рассмотрим несколько аспектов. Сексуальный контакт при насилии в детском возрасте происходит, как правило, с людьми, которых дети очень хорошо знают, слушаются, доверяют им, дорожат отношениями с ними, хотят им понравиться, например, с отцом, отчимом, братом, дядей, соседом, учителем, тренером и т. д. Когда сексуальное домогательство или контакт имеют место, ребенок понимает, что случилось что-то неправильное, оно болезненно как психологически, так и физиологически. Но этот хорошо знакомый ему человек говорит, что произошедшее – это нормально, что так люди показывают любовь друг к другу, и ребенок хорошо делает, доказывая таким образом свою любовь. Совершивший сексуальное насилие взрослый может запретить ребенку рассказывать о случившемся родителям, пригрозив сделать что-то плохое с ним, его семьей и т. д. Также он может сказать: «тебе никто не поверит», «ты сама этого хочешь», «ты ведешь себя сексуально», «я вижу, что тебе это нравится», «ты сама виновата, ты очень красивая» и пр. Внутренние проживания ребенка полностью игнорируются и отвергаются взрослым, происходит диссонанс между тем, что ребенок чувствует, и тем, что взрослый говорит. И поскольку дети научены тому, что старших надо слушаться и старшим надо верить, они перестают доверять своим чувствам, теряют свое «я».

Такие дети разъединяют свои чувства и ощущения с когнитивным значением происходящего, учатся диссоциировать. Диссоциация является защитным механизмом и

затем часто используется во взрослом возрасте при стрессовых ситуациях или сексуальном опыте. Дети обучаются не доверять своим чувствам, мгновенно подстраиваться под настроение окружающих и реагируют в соответствии с ожиданиями взрослых. Со временем дети начинают думать, что доверять взрослым нельзя, потому что они могут сексуально домогаться или эмоционально издеваться над ними, либо игнорируют потребности детей, не проявляют необходимой заботы.

К сожалению, чаще всего, когда родители узнают о сексуальном домогательстве, они в это не верят и отрицают услышанное, обвиняя ребенка во лжи. Это, в свою очередь, наносит ему дополнительную травму.

Если ребенок говорит, что у него был сексуальный контакт, это почти всегда правда. Насколько катастрофической ни была бы такая новость, семья должна поверить ребенку, разделить его переживания и обеспечить безопасность.

Следует отметить, что дети, подвергшиеся сексуальному насилию, совсем не обязательно приобретут расстройство такого типа. Одна из целей лечения заключается в том, чтобы помочь тем, кто пережил травму, поделиться своими переживаниями, негативными эмоциями, справиться с чувством вины.

После того как пациенты понимают, что не несут ответственность за то, что случилось, происходит повторное переживание травматического опыта, постепенно он становится частью их истории, их прошлым и более не несет интенсивной эмоциональной нагрузки. Таким людям необходимо помогать жить настоящим, научить их не зацикливаться на прошлом, которое уже нельзя изменить, и на переживаниях и волнении о будущем, которое невозможно предсказать. Это очень важно, поскольку поможет в дальнейшем избежать таких нежелательных последствий, как суицид.

**– Насколько часто лица с пограничным расстройством личности совершают суицид, и как этого избежать? Каковы юридические аспекты ведения таких пациентов?**

– Импульсивное суицидальное поведение – одно из типичных проявлений пограничного расстройства личности, оно включено в перечень его диагностических критериев. Частота совершения суицидальных попыток самоповреждающего поведения у таких пациентов всегда высока, что является причиной частых и длительных госпитализаций.

Многие из моих пациентов на самом деле не хотят себя убить, но вовлечены в хроническое импульсивное саморазрушающее поведение, часто приводящее к случайному суициду. Речь идет о поведении, включающем совершение демонстративных кожных порезов, нанесение на кожу ожогов с помощью спичек, сигарет и зажигалок, передозировку медикаментов.

Правовые аспекты работы с лицами, страдающими пограничным расстройством личности, такие же, как и при всех других психических заболеваниях. Главное – четко следовать стандартам лечения и правильно вести документацию. По определению, пациенты с пограничным нарушением личности импульсивные, и их терапия, среди прочего, направлена на приобретение навыков по регуляции импульсивного поведения. Обучение таким навыкам позволяет обеспечить безопасность больных. Доктор, проводя терапию, всегда записывает, какие знания по предупреждению парасуицидального поведения приобрел пациент. И если этот больной совершил суицид, но у терапевта все задокументировано –

о том, что проводилась еженедельная оценка риска суицидального поведения, был выработан план действий на случай кризиса, который он обсуждал с клиентом, у него не будет юридических проблем.

К сожалению, мы не можем со стопроцентной вероятностью предотвратить суицидальное и парасуицидальное поведение, в конце концов, пациент сам контролирует свою жизнь. Поэтому важно не только предоставить стандартную помощь такому больному, но и правильно ее задокументировать.

**– Расскажите, пожалуйста, о коморбидных состояниях при пограничном расстройстве личности.**

– Как правило, пациентам с такими нарушениями выставляются диагнозы нескольких коморбидных расстройств. У них могут быть диагностированы депрессивное, тревожное, посттравматическое стрессовое расстройства, нарушения питания, наркологические зависимости. Из-за частых смен настроения и раздражительности у больных часто ошибочно диагностируется биполярное расстройство II типа. Мы учим своих резидентов различать биполярное и пограничное расстройства личности. Почти 80% пациентам с пограничным расстройством личности был ошибочно поставлен диагноз биполярного аффективного расстройства и назначено соответствующее лечение. Однако при беседе с лицами, страдающими пограничным расстройством личности, можно обнаружить, что цикличность их настроения всегда зависит от ситуации. Они, как правило, описывают интенсивные эмоциональные взрывы как ответы на повторяющиеся, нередко по несколько раз в день, фрустрирующие ситуации. Эти колебания настроения не являются быстрой цикличностью биполярного расстройства, у таких больных нет грандиозности, быстрого течения мыслей, их полета, они могут плохо спать, но при этом испытывают усталость и потребность во сне, в отличие от лиц с биполярным аффективным расстройством, у которых потребность во сне снижается.

**– Каков дальнейший прогноз для таких пациентов? Как можно повысить их социальную адаптацию?**

– В настоящее время прогноз для пограничного нарушения личности в США достаточно благоприятен, что связано с развитием специальной терапии для таких пациентов. Одной из методик является ДПТ, которая посвящена обучению навыкам регуляции аффекта и импульсивного поведения, а также продуктивному функционированию в обществе. Позитивные результаты демонстрирует и методика деконструктивной динамической терапии доктора Роберта Грегори, разработанная в начале 2000-х гг. В Канаде три года назад была создана методика интенсивной индивидуальной психотерапии, комбинируемой с еженедельными группами поддержки, в которых используются техники, предложенные доктором Грегори.

У пациентов, прошедших курс ДПТ, значительно реже отмечается самоповреждающее и парасуицидальное поведение, уменьшается количество госпитализаций и дней, проведенных в клинике. По окончании годичной терапии большинство наших пациентов чувствуют себя значительно лучше и приобретают устойчивые навыки поведения

в ситуациях фрустрации. Пациенты с пограничным расстройством личности больше не относятся к числу безнадежных, как было принято считать раньше.

**– Джин, расскажите подробнее о ДПТ. Как организована эта форма психотерапии в вашей клинике?**

– Как отмечалось ранее, ДПТ разработана Маршей Линехан в 90-х гг. «Диалектическая» означает «оппозиционная», на разных концах спектра. Марша, начав работать с молодыми женщинами, которые занимались самоистязанием и самоповреждением, обнаружила, что большинство из них страдают пограничным расстройством личности.

Доктор Линехан считает, что боль нельзя предотвратить, а страдания – можно. Страдания возникают тогда, когда мы пытаемся отрицать боль. ДПТ помогает приобрести навыки, позволяющие преодолеть боль, которая всегда есть в нашей жизни. Однако люди не должны годами проходить терапию для преодоления таких проблем, достаточно приобрести навыки того, как вести себя в подобных ситуациях, и использовать их в дальнейшем. Мы не можем изменить прошлое, но мы можем изменить отношение к нему и наше поведение в будущем. Мы можем выработать новый паттерн поведения и использовать его для того, чтобы справиться со стрессовой ситуацией в следующий раз.

ДПТ направлено на приобретение навыков регулирования эмоций и включает в себя три компонента: индивидуальную терапию, группу навыков и телефонный тренинг.

Во время индивидуальной терапии по методике ДПТ мы помогаем своим пациентам осознать, что с ними происходит в момент кризиса, следим за процессом формирования их эмоций и мышления, составляем функциональный анализ поведения. Обязательным является выполнение домашнего задания, включающего в себя ежедневное заполнение специального дневника, куда наши больные заносят свои импульсивные желания, направленные на самоповреждение, желание использовать наркотические вещества или передозировать таблетки, использовать легкодоступные аптечные средства и т. д. Пациенты также отмечают в дневнике действия в ответ на фрустрирующие события. Далее ежедневно мониторируется количество и интенсивность негативных и позитивных эмоций. Также мы смотрим, использовали ли пациенты навыки в каждом конкретном кризисном случае, если да, то какие, были ли они эффективны или нет, если да, то насколько и в какой ситуации. Со временем полученные навыки становятся неотъемлемой частью поведения наших больных, и они начинают пользоваться ими автоматически. Таким образом, ведение дневника выполняет несколько функций.

Индивидуальная терапия, как правило, длится 2-3 года. Период между сессиями постепенно увеличивается. С самого начала терапии пациент знает, что она когда-нибудь закончится, и конечно, плохие вещи будут случаться в жизни, но теперь он будет знать, как их преодолевать.

Наряду с индивидуальной терапией наши пациенты посещают группу навыков ДПТ, разделенную на 4 модуля.

Первый модуль называется mindfulness (состояние осознания или медитации). Мы обучаем пациентов идентифицировать состояния своего мышления. Существует три возможных состояния: сбалансированное (wise mind), эмоциональное (emotional mind)

и логическое (reasonable mind). В сбалансированном состоянии больные могут принимать сбалансированное решение. В эмоциональном состоянии пациенты описывают себя как торнадо и ураган, когда эмоции захлестывают душу. В логическом состоянии человек напоминает холодного расчетливого злого робота. С помощью осознания пациенты могут определить, в каком состоянии они находятся, могут ли они контролировать его, какие эмоции испытывают, какой они интенсивности, ощущают ли они бурю эмоций или наоборот, отключили все и используют только логику. Осознание – один из самых важных навыков в ДПТ, это умение ощутить и описать все, что с вами происходит в данный момент, без оценки. В дальнейшем навык осознания помогает пациенту определить, какая эмоция им владеет в настоящее время и какой навык он может применить.

Второй модуль называется интерперсональной эффективностью. Навыки этого модуля позволяют увеличить возможность получения желаемого в конструктивном виде, сохраняя ценности и отношения, и как принимать тот факт, что иногда мы не можем изменить ситуацию и добиться желаемого. Мы помогаем нашим пациентам увидеть варианты ответов, учим их отвечать и принимать «да» и «нет», просим фиксировать интенсивность эмоций, сопровождающих эти ответы и т. д. Иногда наши больные впервые сталкиваются с опытом, когда они могут сказать «нет» кому-то и при этом сохранить взаимоотношения. Например, как родители мы иногда говорим «нет» нашим детям, когда их желания превосходят наши возможности, и при этом сохраняем хорошие отношения. Это один из самых тяжелых модулей, поскольку лицам с пограничным расстройством личности тяжело приобрести такие навыки, обучиться балансу, как эффективно говорить «нет», спрашивать, просить, настаивать и пр.

Следующий модуль посвящен регулированию эмоций. Это самый тяжелый модуль для преподавания. Для эмоционально сенситивных людей тяжело начинать смотреть на эмоции с когнитивной точки зрения. Мы учим пациента идентифицировать эмоцию и определять, какую функцию она обеспечивает. Например, когда человек чувствует себя тоскливо, он уединяется. Функция грусти и тоски заключается в том, что у человека есть потребность, чтобы его кто-то пожалел, обеспечил ему комфортные условия. В такой ситуации нужно не прятаться от людей, а общаться с ними, или делать то, что приносит удовольствие.

Последний модуль направлен на выработку навыков толерантности к стрессу. Этим навыкам пациенты обучаются быстро и больше всего любят их использовать. Мы учим, как человек может перенести ситуацию, если не может ее изменить.

Группы обучения рассчитаны на 6 месяцев, и все больные проходят обучение дважды, иногда трижды, то есть в течение 12-18 месяцев. По окончании пациенты получают диплом.

В случае кризиса больные могут обратиться к терапевту за экстренной помощью. Это называется телефонный тренинг. В ситуации кризиса пациент имеет возможность позвонить терапевту в нерабочее время, он должен помочь ему выбрать наиболее эффективный навык для данной ситуации. Обычно больным ставится условие не звонить после десяти вечера и ранее семи утра, а также звонить не чаще, чем два раза в неделю, иначе терапевт не будет эмоционально доступным для больного. Такой

телефонный разговор может длиться не более 10 минут, и речь идет только о навыках. Я спрашиваю, какие навыки пациент уже использовал, и какие еще может применить. Все наши больные знают, что существует несколько телефонных линий поддержки, которые работают 24 часа ежедневно. Пациент в любое время суток может позвонить на горячую линию, но не мне, и обсудить свои суицидальные мысли или кризисную ситуацию. Больные всегда могут прийти за помощью в больницу скорой помощи в период кризиса.

Я знаю, что для многих молодых терапевтов, работающих по модели ДПТ, телефонный тренинг является самой трудной частью, так как существует опасение, что пациенты будут звонить постоянно, и вы будете часами проводить терапию по телефону в нерабочее время. Это не так. Необходимо заранее оговорить с больным цели телефонного тренинга, правила и лимиты для данной практики. Пациенты придерживаются правил, в результате я получаю всего 1-2 звонка в неделю, в основном в начале терапии.

**– Всегда ли достаточно применение лишь психотерапевтических методик? Назначаете ли вы фармакологические препараты?**

– Конечно, не во всех случаях можно ограничиться исключительно психотерапевтическими вмешательствами. Фармакологическое лечение является вспомогательным, но в ряде случаев очень важным для достижения конечного позитивного результата. Чаще оно используется для купирования коморбидных симптомов и расстройств. Мы назначаем стандартные препараты для лечения депрессии и тревоги, но не бензодиазепины, поскольку наши больные импульсивны и могут передозировать данные средства, отравиться или принять гораздо больше, чем прописано, не с суицидальной целью, а для облегчения своего состояния. Кроме того, многие пациенты с пограничным расстройством личности страдают наркотической зависимостью, а бензодиазепины могут ее усугубить. Кроме того, эти препараты снижают когнитивное функционирование, что затрудняет терапевтический процесс.

Для лечения депрессий и тревоги мы также широко используем селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), бупропион и т. д. Трициклические антидепрессанты не назначаются, потому что больные с импульсивным поведением могут допустить передозировку с суицидальной целью. Иногда мы применяем маленькие дозы атипичных антипсихотиков для устранения лабильности настроения и раздражительности. С этой же целью используются тимостабилизаторы – соли вальпроевой кислоты, карбамазепин. Часто ко мне обращаются больные с давно установленным диагнозом биполярного расстройства, которые принимали в течение своей жизни всевозможные комбинации препаратов, но без особого улучшения. Как правило, сначала проводится тщательная диагностика, и если устанавливается диагноз пограничного расстройства личности, отменяется большинство психотропных средств и назначается лечение по модели ДПТ.

**– Существуют ли особенности течения пограничных расстройств личности, диагностики и терапии у подростков?**

– Ранее считалось, что диагностировать любое пограничное расстройство личности до 18 лет невозможно. В настоящее время мы начали ставить такой диагноз в подростковом

возрасте. На нашей кафедре разработана и проводится специальная модификация ДПТ для подростков и их родителей. Критерии постановки диагноза у подростков такие же, как и у взрослых.

При работе с подростками необходимо помнить, что вы имеете дело с детьми, которые живут в состоянии постоянного стресса и незащищенности. Они, как правило, импульсивны, характеризуются высоким уровнем агрессии, направленной как на себя, так и на окружающих. Такие подростки отличаются проблемным поведением в школе, являются центром сплетен и конфликтов. Часто они наносят на свое тело татуировки, увлекаются пирсингом. Характерны конфликты в семье, с родителями и сиблингами. Почти все дети, страдающие пограничным расстройством личности, известные мне, живут в условиях эмоционального, физического издевательства, часто являются жертвами сексуального насилия. Очень часто мои пациенты рассказывают о том, какими ужасными были их детство и подростковые годы, насколько их родители не могли обеспечить поддержку, защиту, постоянство и предсказуемость.

При терапии подростков мы стараемся, чтобы родители приобрели навыки, позволяющие эффективно помогать своим детям. В нашей клинике групповое занятие проводится в течение двух часов еженедельно и включает в себя терапию как родителей, так и детей. Групповые занятия обычно проходят вместе с котерапевтом.

Цель ДПТ у подростков и их родителей – помочь им приобрести навыки по регуляции настроения, импульсивного поведения, научить их разрешать конфликты и предотвратить формирование пограничного расстройства личности во взрослом возрасте.

*Подготовила* ***Марина Нестеренко***

# Коморбидные психические расстройства при первазивных нарушениях развития у подростков и взрослых

*И.А. Марценковский, А.В. Каптильцева,*
*Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев*

Изучение коморбидных расстройств психики при первазивных нарушениях развития (расстройствах спектра аутизма [РСА]) может помочь в установлении этиологического диагноза и разработке дифференцированных и специализированных патогенетически обоснованных терапевтических стратегий.

Таких традиционных предикторов позитивного терапевтического прогноза, как отсутствие умственной отсталости и хорошая комплайентность у больных РСА не всегда достаточно для достижения в процессе лечения хорошей терапевтической динамики, поскольку неучтенные сопутствующие психические нарушения могут существенно ухудшить прогноз. Коморбидные пограничные расстройства личности, расстройства пищевого поведения, симптомы шизофренического спектра, нарушения активности и внимания, рекуррентная и биполярная депрессии, тревожные расстройства расширяют представления об этиологии и патогенезе первазивных нарушений развития.

В 1943 г. Л. Каннер описал 11 детей с тяжелыми нарушениями развития, у которых были похожие клинические проявления: они избегали и закрывались от внешнего мира, интересовались предметами, но полностью игнорировали человеческие взаимоотношения, предпочитали однообразие, демонстрировали повторяющееся стереотипное поведение [1]. Некоторые дети имели специфические навыки и особые необычные интересы.

В 1944 г. австрийский педиатр Г. Аспергер опубликовал в Германии работу, в которой обсуждалась группа детей с ограниченными возможностями социального взаимодействия при различных интеллектуальных способностях [3]. Определение аутизма, данное Аспергером, оказалось более широким, чем ранее предложенное Каннером, но оба исследователя были едины в том, что строго научное разграничение между двумя клиническими формами аутизма отсутствует.

В 1956 г. Л. Каннер и Л. Эйзенберг сформулировали первые диагностические критерии расстройства, построенные на выделении основных признаков – настаивании на однообразии и аутистическом одиночестве [2].

Большинство экспертов сегодня соглашаются с целесообразностью использования общего термина «расстройства спектра аутизма» для обозначения группы первазивных нарушений развития, которая характеризуется отклонениями в развитии речи, значительными качественными расстройствами коммуникации, очевидными при социальных интеракциях с другими детьми, ограниченным набором знаний или интересов, необычными сенсорными интересами и моторными нарушениями, независимо от уровня интеллекта.

Аспергер описывал своих пациентов так: «У этих детей есть основополагающие нарушения, которые манифестируют во всех поведенческих и экспрессивных феноменах. Следствием этих нарушений являются сложности социальной интеграции». Аспергером были изучены дети, которые избегали зрительного контакта, демонстрировали стереотипные движения, их речь по объему и строению была нетипичной для возраста, они не проявляли ласки и тепла, отвергали любовь родителей. Для названия данного расстройства исследователь использовал термин «аутистическая психопатия» (соответствующий ныне применяемой дефиниции «расстройство личности») и настаивал на том, что хотя и есть заметные трудности в социальной интеграции таких детей, многие из них приспосабливаются к жизни в обществе и демонстрируют значительные успехи во взрослой жизни.

Современное определение РСА как «поведенческого синдрома, имеющего биологическую основу (системные нарушения развития мозга), происхождение которого объясняется взаимодействием генетических и средовых факторов», впервые было предложено и обосновано М. Херберт в опубликованном в 2005 г. аналитическом обзоре [4].

В дальнейшем эксперты, занимающиеся первазивными нарушениями развития, пришли к выводу, что спектры клинических проявлений, свойственных пациентам с РСА и другими расстройствами психики, частично перекрываются. Многие симптомы аутизма встречаются у лиц с другими расстройствами, а также у людей, которые считаются психически здоровыми. Больные с симптомами РСА часто имеют симптомы других психических заболеваний, общие с этими расстройствами варианты генетического полиморфизма, патофизиологические и нейрохимические нарушения. Многие психопатологические симптомы, сочетающиеся с аутистическими, положительно реагируют на фармакологическое лечение. Доказана эффективность применения селективных ингибиторов обратного захвата серотонина для лечения коморбидных депрессий, тревожных расстройств и двигательных стереотипий, а также антипсихотических препаратов при тяжелых поведенческих нарушениях. Для терапии гиперактивности и повторяющегося поведения целесообразно использовать полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 и омега-6 [5]. Для коррекции тревожных, депрессивных и обсессивно-компульсивных симптомов при высокофункциональном аутизме у детей школьного возраста рекомендована когнитивно-поведенческая терапия [6 -7].

Депрессии и тревожные расстройства являются основной причиной обращения за психиатрической помощью в подростковом и зрелом возрасте. У каждого четвертого пациента с РСА выполняются диагностические критерии обсессивно-компульсивного расстройства, у 17% – социальной фобии, у трети – нарушений активности и внимания (гиперкинетического расстройства). Такая множественная коморбидность характерна как для низкофункционального, так и для высокофункционального аутизма (синдрома Аспергера) [8-10].

Под нашим наблюдением в отделе детской и подростковой психиатрии Украинского НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии находились 36 подростков в возрасте 15-18 лет и 27 совершеннолетних пациентов с РСА.

Объектом исследования были аутистические и коморбидные расстройства психики. Депрессии, ассоциированные с психической травмой, были диагностированы у 14 подростков с РСА, в анамнезе которых отмечались указания на периоды дезадаптивного поведения, ухудшения социального функционирования, связанные с интернированием

и травлей в школе. У подростков с высокофункциональным аутизмом (IQ > 70) пролонгированные депрессивные и тревожно-депрессивные реакции диагностировались чаще, чем при аутизме со сниженной способностью к обучению и интеллектуально-мнестической недостаточностью ($p < 0,05$). У трети рандомизированных подростков имели место выраженные нарушения активности и внимания, у 25% выполнялись диагностические критерии одного или нескольких тревожно-фобических расстройств. У взрослых пациентов наиболее часто встречались социальные тревожные ($n = 18$) и обсессивно-компульсивные ($n = 9$) расстройства. У 4 человек выполнялись диагностические критерии среднетяжелого эпизода рекуррентной депрессии.

Определенные сложности у совершеннолетних пациентов вызывало разграничение клинических проявлений РСА с расстройствами личности и нарушениями активности и внимания. Поведение страдающих РСА подростков редко бывало импульсивным; для них более характерным было стереотипное, повторяющееся поведение с необычными увлечениями и сенсорными интересами. В отличие от достигших зрелого возраста больных с пограничным личностным расстройством, рандомизированные пациенты с РСА не были склонны к ведению беспорядочной половой жизни, формированию зависимости от никотина, алкоголя или наркотиков.

В одном из исследований содержится анализ клинических проявлений аутистического спектра у 41 женщины с пограничным расстройством личности [11]. Продемонстрировано, что такие пациентки значительно чаще совершали попытки самоубийства, но реже имели зависимость от алкоголя и психоактивных веществ. Попытки суицида у них не были связаны с импульсивностью, но коррелировали с выраженностью симптомов депрессии и характеризовались наличием соматического синдрома.

Рандомизированные нами совершеннолетние пациенты с РСА ранее нередко ошибочно оценивались врачами как имеющие проявления шизоидного расстройства личности. Они выражали интерес к общению, испытывали в нем потребность, но не могли поддерживать устойчивую совместную деятельность и дружеские отношения вследствие недостаточной социальной реципрокности (своеобразных интересов, необычного социального поведения).

Описана выраженная корреляция между РСА и расстройствами пищевого поведения, которые наблюдаются и в подростковом, и в зрелом возрасте, как при наличии, так и при отсутствии умственной отсталости. Причинами своеобразия пищевого поведения могут быть перцепторные нарушения (извращенные, усиленные или ослабленные вкусовые ощущения и восприятия), специфические интересы (сверхценные идеи), повторяющееся поведение. Подростки и взрослые с РСА с нормальным уровнем интеллекта часто следуют принципам здорового питания и вегетарианства. Э. Вентс и коллеги, опираясь на результаты собственных исследований и обзор М. Растам, указывают, что нервная анорексия является единственным расстройством пищевого поведения, встречающимся при РСА чаще, чем в контрольной группе [12].

В ряде публикаций, преимущественно русскоязычных, содержатся указания на высокую частоту кататонии и разнообразных психотических симптомов при РСА и наличие аутистических симптомов при шизофрении [13-14]. Популярная в России концепция шизотипичной личности в значительной степени конкурирует с концептуализацией представлений о первазивных нарушениях развития и служит основанием для

разграничения процессуального и органического аутизма. Детский аутизм процессуального генеза рассматривается российскими психиатрами в разделе ранней детской шизофрении и используется в большинстве случаев для дестигматизации диагноза [15-17]. Особое значение уделяется характеристике клинической картины манифестных, развернутых, конечных этапов психоза, их особенностям при непрерывном и приступообразном типах течения шизофренического процесса у детей в возрасте до 7 лет. Считается, что при манифестации заболевания до 3-летнего возраста в клинической картине состояния преобладают явления регресса, то есть наблюдается утрата приобретенных ранее навыков и речи. По мнению В.М. Башиной, у таких больных в большинстве случаев следует диагностировать ранние психотические приступы, которые в короткие от начала болезни сроки завершаются формированием конечных состояний с глубоким олигофреноподобным дефектом, эмоциональным оскуднением и должны рассматривать как предпосылки формирования аутизма, эволютивного, в терминологии авторов, характера.

Согласно нашим исследованиям, случаи регресса и психотические симптомы при РСА в детском возрасте встречаются крайне редко. Определенные сложности при дифференциальной диагностике детской шизофрении и РСА могут возникнуть из-за бедности эмоциональных проявлений и негативистичного поведения части детей с РСА. При дифференциальной диагностике следует иметь в виду, что галлюцинации и бредовые идеи специфичны для шизофрении, квалификация их в качестве коморбидных психотических симптомов при РСА является малообоснованной. В тоже время, у большинства детей с ранней манифестацией шизофрении отсутствуют задержки развития речи и дефицит социальной взаимности, характерных для детей с РСА.

Тем не менее, мы вынуждены признать, что первазивные нарушения развития не всегда удается разграничить с расстройствами шизофренического спектра, шизотипического и бредового расстройств. Признанием существования проблемы являются попытки ввести в клиническую практику новую диагностическую категорию комплексного нарушения развития. Сутью предложенной категории является попытка интерпретировать пограничные расстройства детского возраста и детскую шизофрению как единый континуум психических заболеваний через призму теории нарушения нейророзвития [18].

В инструментарии для оценки личностных качеств Шедлера – Вестена (SWAP-200) выделяются одиночный шизотипический фактор и фактор отвержения сверстниками (Westen et al., 2005). Корреляция между этими показателями значительная, оба они тесно связаны с расстройствами личности при наличии социальной изоляции и определенных странностей.

Кроме того, иногда целесообразно проводить диффренциальную диагностику РСА с другими расстройствами личности. Согласно данным Е. Риден и С. Бежерот (2008), аустические проявления имеют место у 40% пациентов с пограничным и обсессивно-компульсивным расстройствами, более чем у трети лиц с депрессивно-шизотипическим, шизоидным и нарциссическим нарушениями личности и почти у 25% с параноидальным и пассивно-агрессивным расстройствами личности [19].

Дифференциальная диагностика РСА и расстройств личности может иметь определяющее значение при решении вопросов судебно-психиатрической экспертизы. М. Кристиансон и К. Сорман (2008) пришли к выводу, что большинство пациентов

с аутистическими расстройствами исключительно законопослушны [20]. Лишь в отдельных случаях лица с первазивными нарушениями развития могут совершать правонарушения, связанные с недопониманием социального контекста конфликтных/проблемных ситуаций или специфическими интересами. В основе аддиктивного поведения таких больных могут лежать специфические интересы, например увлеченность пожарами, эротомания, сверхценный интерес к известным людям. Согласно нашим данным, расстройства личности не характерны для больных РСА. Пациенты с личностными расстройствами, как правило, эгоистичны, у них отсутствует сочувствие, они успешно манипулируют другими. Лица с РСА социально неумелы из-за того, что у них нет интуитивного понимания контекста ситуации, тем не менее, они могут испытывать симпатию к другим людям.

Проблема коморбидности аутистических расстройств с другими психическими нарушениями далека от своего окончательного разрешения. Тем не менее, результаты собственных исследований и данные литературы позволяют предположить, что спектры коморбидных психических расстройств при РСА у подростков и взрослых подобны. Полиморфные тревожные, в том числе обсессивно-компульсивные расстройства относятся к числу наиболее часто диагностируемых в качестве второго психиатрического диагноза. У одного пациента с РСА возможна диагностика нескольких тревожных расстройств, что позволяет говорить о множественной коморбидности.

Для детей дошкольного и раннего школьного возраста более характерны нарушения активности и внимания, которые мы рассматриваем в рамках клинического полиморфизма континуума РСА. Здесь уместно вспомнить, что диагностические критерии МКБ-10 и DSM-IV исключают одновременную диагностику аутизма и расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью (гиперкинетического нарушения).

В подростковом возрасте нарушения активности и внимания амальгамируются с поведенческими нарушениями. Характерными для РСА в этом возрасте являются также психические заболевания, связанные с психической травмой и третированием сверстниками.

У взрослых пациентов с РСА, наряду с тревожными расстройствами, в качестве коморбидных нарушений часто диагностируются депрессии.

Не находит клинического подтверждения предположение о единстве спектров расстройств, связанных с нарушением нейроразвития, в частности представление об общности шизофренических, шизотипических и аутистических нарушений, позволяющее рассматривать аутизм у детей как особый вариант клинического полиморфизма детской шизофрении. Наши данные также не подтверждают предположение о высоком уровне коморбидности при РСА и расстройствах личности, в том числе пограничных и шизотипических.

## Литература

1. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // Nerv Child. – 1943. – V. 2. – P. 217-250.

2. Kanner L., Eisenberg L. Early infantile autism 1943-1955 // Am J Orthopsychiatry. – 1956. – V. 26, № 3. – P. 556-566.

3. Asperger H. Die «Autistischen Psychopathen» im Kindesalter / Autistic psychopaths in childhood // Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten (in German). – 1944. – V. 117. – P. 76-136.

4. Herbert M.R. Autism: A Brain disorder or a disorder that affects the brain? // Clinical Neuropsychiatry. – 2005. – V. 2. – № 6. – P. 354-379.

5. Amminger G.P., Berger G.E., Schafer M.R. et al. Omega-3 fatty acids supplementation in children with autism: a double-blind randomized, placebo- controlled pilot study // Biological Psychiatry. – 2007. – V. 61. – P.551-553.

6. Wood J.J., Drahota A., Sze K. et al. Brief report: effects of cognitive behavioral therapy on parent-reported autism symptoms in school-age children with high-functioning autism // J Autism Dev Disord. – 2009. – V. 39. – № 11. – P.1608-1612.

7. Wood J.J., Drahota A., Sze K. et al. Cognitive behavioral therapy for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial // J Child Psychol Psychiatry. – 2009. – V. 50. – № 3. – P.224-234.

8. Mohammad G. Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome. – Philadelphia: Jessica Kingsley. – 2005 – 254 p.

9. Weil T.N. Bagramian R.A., Inglehart M.R. Treating patients with Autism Spectrum Disorder – SCDA members' attitudes and behavior Special Care in Dentistry. – 2011. – V. 31, № 1. – P. 8-17.

10. Gillberg C., Gillberg C., Anckarsater H. et al. Overlap between ADHD and autism spectrum disorders in adults / ADHD in Adults. Characterization, Diagnosis, and Treatment / J.K. Buitelaar, C.C. Kan, P. Asherson (Eds.). – 2011. – Cambridge: Cambridge University Press. – P. 157-167.

11. Shevlin M., Dorahy M., Adamson G. et al. Assessing adolescent personality // British J of Psychiatry. – 2007. – Suppl 186. – P. 227-238.

12. Wentz E., Gillberg C., Anckarsater H. et al. Somatic problems and self-injurious behaviour 18 years after teenage-onset anorexia nervosa // European Child & Adolescent Psychiatry. – 2012. – V. 21, I. 8. – P. 421-432.

13. Skokauskas N., Gallagher L. Psychosis, affective disorders and anxiety in autistic spectrum disorder: Prevalence and nosological considerations // Psychopathology. – 2010. – V.43. – P. 8-16.

14. Stahlberg O., Soderstrom H., Rastam M. et al. Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders // Journal of Neural Transmission. – 2004. – V. 111. – P.891-902.

15. Симеон Т.П. Начальные симптомы шизофрении раннего детского возраста // Сов. психоневрология. – 1935. – № 6. – С. 132-141.

16. Башина В.М. К особенностям взаимосвязи доманифестного дизонтогенеза, синдрома раннего детского аутизма Каннера и ранней детской шизофрении (по данным катамнестического обследования) // Журн. невропатол. и психиатр. – 1986. – № 3. – С. 413-419.

17. Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). – 1989. – М: Медицина. – 256 с.

18. Towbin K.E., Dykens E.M., Pearson G.S. Conceptualizing «borderline syndrome of childhood» and «childhood schizophrenia» as a developmental disorder // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 1993. – V. 32. – P. 775-782.

19. Ryden E., Bejerot S. Autism spectrum disorders in an adult psychiatric population. A naturalistic cross-sectional controlled study // Clinical Neuropsychiatry. – 2008. – V. 5. – № 1. – P. 13-21.

20. Kristiansson M., Sorman K. Autism spectrum disorders – legal and forensic psychiatric aspects and reflections // Clinical Neuropsychiatry. – 2008. – V. 5. – № 1. – P. 55-61.

# Диагностика синдрома Ретта у пациента мужского пола

*В.И. Харитонов,*
*Киевская городская клиническая психоневрологическая больница № 1 имени академика Павлова*

Синдром Ретта (RTT) – заболевание, относящееся к группе болезней развития, впервые описано А. Реттом в 1966 г. Впоследствии этот синдром был детально изучен Б. Хагбергом в 1983 г. RTT – единственное состояние из группы болезней развития с доказанным генетическим происхождением. Чаще всего причиной RTT является мутация гена, кодирующего метил-CpG-связывающий белок 2 (MeCP2) и локализованного на Х-хромосоме (80-85% случаев) [1]. У 10% пациентов синдром вызывается мутацией генов CDKL5 и FOXG1. Частота заболевания для лиц женского пола составляет 1 : 10 000 [1]. Также описано 60 случаев возникновения данного заболевания у мальчиков. Несмотря на то, что этот синдром является в первую очередь клиническим, на сегодняшний день для подтверждения диагноза одних клинических проявлений недостаточно, необходимо выявление генного дефекта.

Ген MeCP2 расположен на Х-хромосоме и кодирует продукцию белка MeCP2, необходимого для нормального эмбрионального развития. Недостаточное функционирование данного белка вследствие мутации гена позволяет другим генам проявлять свои качества без какой-либо организации, что приводит к нарушению созревания головного мозга, снижению роста объема полушарий и ствола головного мозга, разобщению их работы. Поскольку у женщин имеется две Х-хромосомы, женские эмбрионы с RTT зачастую доживают до момента рождения, а эмбрионы мужского пола в большинстве случаев умирают внутриутробно.

## Критерии диагностики

В 1988 г. Всемирная ассоциация по изучению синдрома Ретта сформулировала обязательные, дополнительные и исключающие диагностические критерии для верификации диагноза [2].

Обязательные критерии включают:

- нормальное развитие в пре- и перинатальный период до начала заболевания;
- нормальное психомоторное развитие до возраста 6 месяцев либо его задержка с рождения;
- окружность головы при рождении в пределах нормы;
- уменьшение темпов роста головы в период от 5 месяцев до 4 лет;
- потеря приобретенных навыков целенаправленных движений рук в период от 6 до 18 месяцев жизни, связанная с коммуникативными дисфункциями и социальной изоляцией;
- стереотипные движения рук в виде мытья рук, потирания, похлопывания, постукивания, сжимания, заламывания, сосания пальцев, возникшие после утраты целенаправленных движений;

- развитие тяжело поврежденной экспрессивной и рецептивной речи, наличие очевидного психомоторного регресса;
- появление признаков апраксии и атаксии между 1-4-м годами жизни;
- установление предположительного диагноза в возрасте 2-5 лет.

К дополнительным критериям относятся:

- расстройства дыхания во время бодрствования (гипервентиляция, апноэ, глотание воздуха);
- бруксизм;
- нарушение паттерна сна (с раннего детства);
- нарушение мышечного тонуса (спастичность, часто сочетающаяся с дистонией и атрофией мышц);
- периферические вазомоторные расстройства;
- сколиоз/кифоз позвоночника;
- задержка соматического роста;
- маленькие холодные кисти и стопы;
- периоды вскрикивания/смеха, не соответствующие ситуации;

Исключающие критерии таковы:

- внутриутробная задержка роста;
- органомегалия или другие признаки болезней накопления;
- ретинопатия или атрофия дисков зрительных нервов;
- микроцефалия при рождении;
- перинатально приобретенное повреждение мозга;
- наличие идентифицированного метаболического или другого прогрессирующего неврологического заболевания;
- приобретенные неврологические нарушения в результате перенесенной тяжелой инфекции или черепно-мозговой травмы;

Случаи заболевания, удовлетворяющие всем обязательным критериям, были названы классическими. Дополнительные критерии обычно наблюдаются у больных RTT, но ни один из них не представляется обязательным для постановки диагноза. Из исключающих критериев достаточно одного, чтобы диагноз RTT не был подтвержден. В последние годы описаны несколько атипичных случаев RTT, которые характеризуются неполным соответствием всем обязательным критериям. Тем не менее, вклад атипичных форм в общую эпидемиологическую картину RTT составляет 11%. Среди наиболее частых атипичных вариантов RTT превалирует вариант с сохранной речью (вариант Заппела).

## Клинические стадии RTT

Клинические стадии синдрома представлены ниже [3].

1. *Стагнация*. Встречается в период 6-18 месяцев от рождения. На этой стадии могут появляться первые признаки заболевания: исчезновение интереса к игрушкам, ребенок становится спокойным и безучастным. Развитие двигательных навыков и рост окружности головы может замедлиться, возникает гипотония мышц.

2. *Ухудшение*. Наблюдается в возрасте от 1 до 4 лет. На этом этапе происходят наибольшие изменения, зачастую быстрые, хотя они также могут быть постепенными. Возникают отсутствие интереса к социальному взаимодействию и развитию навыков общения, раздражительность, повторяющиеся движения рук, утрачиваются навыки целенаправленной деятельности руками, задерживается рост окружности головы. Могут

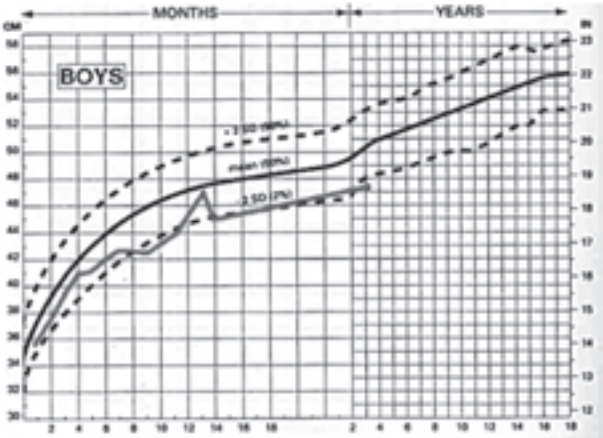


**Рис. 1. Измерение окружности головы: кривая прироста**

возникнуть проблемы с дыханием, судороги, бессонница, приступы беспокойства, преходящий страбизм.

3. *Плато*. Период развития – от 2 до 10 лет. На этом этапе быстрая регрессия, наблюдаемая на втором этапе, замедляется. Возможно появление улучшений поведения, в частности, в виде снижения раздражительности. Дети становятся более активными и коммуникативными. Двигательные нарушения продолжают прогрессивно ухудшаться, плохо прибавляется вес.

4. *Завершающая стадия*. Отмечается в возрасте 10 лет и старше (может возникнуть в период от 5 до 25 лет). Характеризуется потерей подвижности. Способность ходить утрачивается (если она была приобретена). Появляются скованность в движениях, искривление позвоночника. Коммуникативные и когнитивные возможности, как правило, не уменьшаются. Стереотипии становятся реже. Нейрофизиологическое обследование в типичных случаях выявляет замедление фоновой биоэлектрической активности, наличие центральных спайков, а также редукцию «веретен сна». Нейровизуализация показывает снижение объема вещества головного мозга (атрофии), как белого, так и серого, преимущественно в лобных долях.

Впоследствии у больных развиваются остеопороз, частые переломы, незначительный дисморфизм (лицо может приобрести характерный вид с широко посаженными глазами, маленьким подбородком и иногда широкой и выступающей переносицей). Женщины с RTT фертильны и рожают без особых трудностей. Продолжительность жизни зависит от типа мутации MeCP2. Самая летальная мутация локализована в зоне R270X; 78% людей с таковой живут более 25 лет. Летальные исходы в ряде случаев обусловлены эпилепсией, эпизодами внезапной смерти, в основном по причине вегетативной дисрегуляции.

## Клинический случай

Родители мальчика, возраст которого 3 года и 2 месяца, обратились в отделение № 11 Киевской городской психоневрологической больницы № 1 с жалобами на отсутствие речи у ребенка, снижение интеллекта, частые стереотипные движения (облизывает

**Рис. 2. ЭЭГ: наличие спайков и пик-волновых комплексов в правой центральной области**

руки), бруксизм, шаткость при ходьбе, сходящееся косоглазие, приступы гипервентиляции, эпилептические приступы.

### *Анамнез жизни*

Ребенок от второй беременности, вторых родов (1-я беременность закончилась рождением мальчика, которому сейчас 6 лет, он здоров). Данная беременность протекала нормально (случай острого панкреатита на сроке 3 недель). Роды прошли без осложнений на 38-й неделе беременности. Вес ребенка при рождении составил 3000 г, рост – 49 см, окружность головы неизвестна, поскольку не указана в медицинской документации. Оценка по шкале Апгар – 8-8 баллов. Домой выписан на третьи сутки с диагнозом «здоров».

### *Анамнез заболевания*

До 8 месяцев мальчик развивался нормально. В возрасте 8 месяцев, после перенесенного двухстороннего перфоративного отита, начал терять приобретенные навыки (со слов матери перестал играть в ладушки, махать рукой на прощанье). С 8 месяцев до 1 года и 3 месяцев постепенно терял речь (со слов матери в 8 месяцев говорил «дай», «ма», «па»), исчезли целенаправленные движения рук. В возрасте 2 лет и 2 месяцев после прохождения курса лечения цереброкурином появились эпилептические приступы по типу простых и сложных парциальных (дрожание рук, замирания, падения). В 2 года и 2 месяца появились стереотипии в виде облизывания рук.

### *Соматоневрологический статус*

Во время осмотра в отделении у ребенка отмечены сходящееся альтернирующее косоглазие, статическая и динамическая атаксия, системное недоразвитие речи, бруксизм, частые стереотипии в виде облизывания рук, приступы гипервентиляции.

Данные инструментальных и лабораторных результатов обследования следующие.

1. Измерение окружности головы и составление кривой прироста выявили устойчивую тенденцию к снижению прироста (рис. 1).

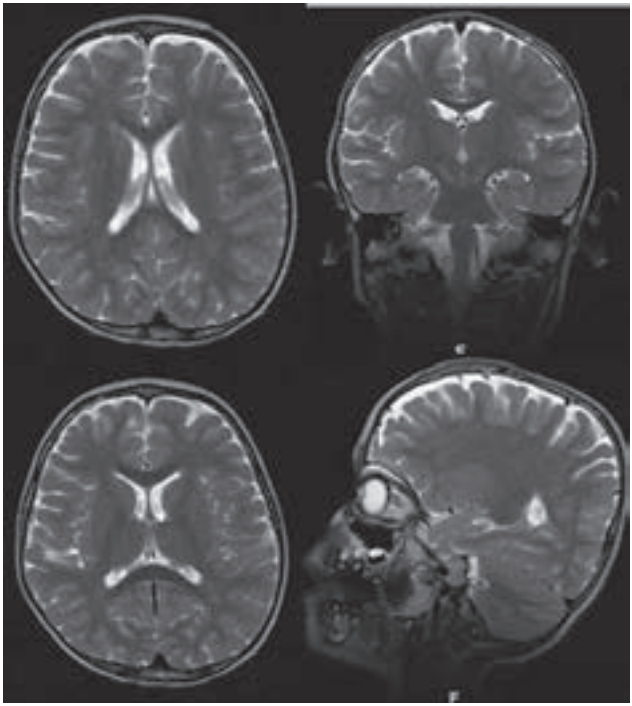

**Рис. 3. МРТ головного мозга: легкая внутренняя и умеренно выраженная наружная гидроцефалия**

2. ЭЭГ: наличие спайков и пик-волновых комплексов в правой центральной области (рис. 2).

3. МРТ головного мозга: легкая внутренняя и умеренно выраженная наружная гидроцефалия (рис. 3).

4. Анализ крови на наличие свободных аминокислот: отрицательный.

5. Биохимический анализ крови (трансаминазы, триглицериды, мочевина, мочевая кислота, холестерол, креатинин, креатининкиназа, общий белок, альбумин): норма.

6. Кариотип ребенка – 46, XY.

7. SSCP-анализ (анализ одноцепочечного конформационного полиморфизма) кодирующей последовательности гена MeCP2, секвенсирование 3-го и 4-го экзона гена MeCP2: определена миссенс-мутация в 4-м экзоне гена MeCP2:c.398 G->T, p.R133L.

Таким образом, учитывая наличие у ребенка всех основных критериев диагностики данного синдрома (данные окружности головы при рождении отсутствуют, но учитывая то, что в возрасте одного месяца этот показатель был в пределах нормы и был близок к среднему значению, можно предположить, что окружность головы при рождении была нормальной), симптомов из группы дополнительных критериев (бруксизм, периоды гипервентиляции), отсутствие органических изменений на МРТ, а также выявление мутации гена MeCP2 дают возможность диагностировать у ребенка RTT.

## Обсуждение

Синдром Ретта у мальчика – крайне редкое состояние. Еще совсем недавно специалисты считали, что RTT у мальчиков невозможен (если ген MeCP2 на X-хромосоме мутировал, это чаще всего кончается смертью эмбриона: мутация делает его нежизнеспособным), разве что только в виде синдрома Клайнфельтера – состояния, где X-хромосома у мужчин дублирована. Данный случай – еще более редкий, поскольку является следствием мутации гена MeCP2 без дупликации X-хромосомы. Доктор С. Бадден в статье описала случай RTT у мальчика с подтвержденной мутацией и нормальным кариотипом [4]. Данный случай показал относительно мягкое течение заболевания с продолжительностью жизни ребенка более 10 лет (момент написания статьи). Кроме вышеприведенного исследования, ранее были опубликованы два исследования, которые показали большой разброс в клинической презентации данного синдрома от взрослых мужчин с умственной отсталостью до катастрофической энцефалопатии с фатальным исходом в неонатальный период [5, 6]. Таким образом, описание этого случая должно усилить настороженность клиницистов в плане возможного выявления RTT у мальчиков.

## Литература

1. www.en.wikipedia.org
2. www.rettsearch.org
3. www.rettsyndrome.org
4. Budde S.S., Dorsey H.C., Steiner R.D. et al. Clinical pr ofile of a male with Rett syndrome // Brain & Development. – 2005. – 27. – S69-S71.
5. Moog U., Smeets E.E., vanRoozendaal K.E., Schoenmakers S., Herbergs J., Schoonbrood-Lenssen A.M. et al. Neurodevelopmental disorders in males related to the gene causing Rett syndrome in females (MECP-2) // Eur J Paediatr Neurol. – 2003. – 7. – P. 5-12.
6. Zeev B.B., Yaron Y., Schanen N.C. et al. Rett syndrome: clinical manifestations in males with MECP2 mutations // J Child Neurol. – 2002. – 17. – P. 20-24.

# Раздел IV.
# МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ, ПОСТРОЕННАЯ НА ПРИНЦИПАХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

## Рисперидон у лікуванні симптомів розладу соціальної поведінки у дітей з аутизмом

Первазивні розлади розвитку (ПРР) – це група нейропсихічних розладів, серед яких аутичний розлад, синдром Аспергера, дезінтегративний розлад дитячого віку, синдром Ретта та інші некласифіковані ПРР. Дані патології характеризуються атиповим розладом у соціальній, комунікативній та поведінковій сферах. Наразі не існує фармакологічного втручання, що впливало б на конкретні симптоми, властиві ПРР. Проте досягнуто деяких успіхів у пом'якшенні поведінкових порушень, пов'язаних з цими патологіями. У статті S. Shea et al. «Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders», опублікованій в журналі *Pediatrics* (2004; 114: e634), представлені результати дослідження ефективності та безпеки рисперидону в лікуванні симптомів розладу соціальної поведінки у дітей із ПРР.

Дані розлади характеризуються серйозними первазивними недоліками у різних сферах розвитку (DSM-IV, 1994). Зокрема, це навички взаємної соціальної взаємодії, комунікативні навички або наявність стереотипної поведінки, інтересів та діяльності. Діти з ПРР можуть демонструвати складну поведінку, зокрема агресію, гіперактивність, неуважність, імпульсивність, стереотипні дії, крики і самопошкодження. Така поведінка нерідко заважає як у шкільному, так і в родинному житті, на додачу, вона стає на заваді щастю та успіхам дитини, а також добробуту її опікунів.

Початок ПРР зазвичай спостерігається у перші роки життя. Наразі повідомляється про частоту виникнення розладу у 63 з 10 тис. дітей (Chakrabarti, Fombonne, 2001). Попри те що ці розлади найчастіше пов'язуються з розумовою відсталістю, риси розвитку та поведінки, характерні для ПРР, є чіткими і не відображають самий лише рівень розвитку (Campbell, Shay, 1995; Volkmar, 1996). Починаючи з 1960 р., було опубліковано низку досліджень, в яких показано, що кращого контролю над поведінковими симптомами можна досягти завдяки використанню традиційних нейролептиків, як, наприклад, антагоніст рецепторів дофаміну галоперидол (Posey, McDougle, 2000). Їхнє застосування

обмежене частим виникненням дискінезій та інших екстрапірамідних побічних ефектів. Не дивно, що з появою наприкінці 1980-1990 рр. перших даних про безпеку та ефективність винайдених атипових антипсихотиків інтерес до їхнього використання при ПРР почав зростати.

Рисперидон – антгоніст рецепторів дофаміну ($D_2$) й серотоніну ($5HT_{2A}$ та ін.) (Janssen et al., 1988; Leysen et al., 1988). Рисперидон, особливо у низьких дозах, показав відносну відсутність екстрапірамідних симптомів (ЕПС), які обмежували застосування традиційних нейролептиків (Owens, 1994). Було проведено ряд відкритих досліджень для вивчення ефекту рисперидону у дітей із ПРР (Casaer, 1994; Fisman, 1996; Findling et al., 1997; Nicolson, 1998; Zuddas, 2000; Masi, 2001; Malone, 2002). Попередні результати цих досліджень дозволили припустити, що препарат є безпечним та ефективним у зменшенні поведінкових симптомів у цій популяції пацієнтів. Однак для підтвердження даних були потрібні більш ретельні спостереження. Так, було проведене дослідження для критичної оцінки ефективності та безпеки рисперидону в лікуванні поведінкових симптомів у дітей із ПРР.

## Матеріали та методи дослідження

Це було 8-тижневе рандомізоване подвійне сліпе багатоцентрове дослідження з паралельними групами, розроблене для оцінки ефективності та безпеки рисперидону порівняно із плацебо в терапії симптомів порушення соціальної поведінки у дітей із ПРР. Суб'єкти відвідували клініку сім разів: на початку (скринінговий візит) та наприкінці 1, 2, 3, 5, 7, 8-го тижнів лікування.

Фізично здорові амбулаторні пацієнти чоловічої та жіночої статі віком 5-12 років включно могли брати участь у дослідженні, за умови, що їм був поставлений діагноз ПРР за DSM-IV (вісь I), а їхній загальний показник за рейтинговою шкалою аутизму дитячого віку (CARS) становив ≥ 30 з/без затримки розумового розвитку (Schopler et al., 1980, 1986). Були виключені суб'єкти з шизофренією, іншими психотичними розладами, клінічно релевантними неневрологічними захворюваннями, клінічно значимими змінами лабораторних показників або розладом з наявністю судом, для лікування яких вони приймали більш ніж один протисудомний препарат, або якщо за останні 3 місяці в них були судоми. На додачу, були виключені особи з гіперчутливістю до нейролептиків, пізньою дискінезією, нейролептичним злоякісним синдромом, алкогольною або наркотичною залежністю чи ВІЧ-інфекцією в анамнезі. До дослідження також не увійшли суб'єкти, які приймали рисперидон останні 3 місяці і раніше демонстрували відсутність відповіді або інтолерантність до нього, чи застосовували заборонені препарати.

Після скринінгового візиту пацієнти, відібрані для участі в дослідженні, були рандомізовані (1 : 1) для отримання рисперидону або плацебо подвійним сліпим методом. Оральний розчин рисперидону або плацебо (1,0 мг/мл) призначали на 1-2 дні лікування вранці у дозі 0,01 мг/кг/добу, на 3-й день її підвищували до 0,02 мг/кг/добу. Залежно від терапевтичної відповіді, на 8-й день дозу можна було підвищити з максимальної на 0,02 мг/кг/добу. Після цього її можна було щотижнево коригувати на розсуд спеціаліста шляхом підвищення/зниження у кількості не більше 0,02 мг/кг/добу. Максимально дозволена доза складала 0,06 мг/кг/добу. У разі виникнення сонливості, досліджуваний препарат застосовували один раз на добу увечері або ділили загальну добову дозу і давали її вранці та ввечері.

На момент початку дослідження пацієнти мали припинити прийом препаратів, які застосовувалися для лікування ЕПС. Однак під час дослідження дозволялося розпочати

прийом антихолінергічних засобів для терапії ЕПС, що виникали, після оцінювання за рейтинговою шкалою екстрапірамідних симптомів (ESRS). Заборонені препарати включали будь-які антипсихотики, окрім досліджуваного, антидепресанти, літій, $\alpha_2$-антагоністи, клонідін, гуанфацин, інгібітори холінестерази, психостимулятори та налтрексон. Дозволялося приймати один протиепілептичний препарат та/чи засоби для лікування безсоння або тривожності лише у випадку, якщо суб'єкт вже приймав їх у стабільній дозі упродовж 30 днів до залучення у дослідження. Такі самі обмеження накладалися на застосування психотерапевтичного втручання у поведінку. Препарати для лікування раніше встановлених органічних розладів були дозволені, якщо пацієнт дотримувався постійної дози та графіку прийому.

### *Критерії оцінки*

Оцінка ефективності, яка проводилася під час кожного візиту в клініку, включала шкалу аутистичної поведінки (ABC), вихідну версію шкали дитячої поведінки Нізонгера (N-CBRF), візуальну аналогову шкалу (ВАШ) та змінену шкалу загального клінічного враження (CGI-C) (Aman et al., 1985; Tasse et al., 1996). Під час кожного візиту визначали безпеку, а саме побічні ефекти, основні ознаки життєдіяльності та масу тіла. На додачу, під час кожного візиту лікар оцінював наявність та тяжкість ЕПС за допомогою ESRS (Chouinard et al., 1980). На вихідному рівні й наприкінці лікування виконували кардіограму в 12 відведеннях та рутинні біохімічні аналізи, вивчали гематологічні показники та аналіз сечі.

### *Статистичний аналіз*

Первинною популяцією для оцінки безпеки були усі рандомізовані суб'єкти, які отримали принаймні одну дозу досліджуваного препарату. Первинною популяцією для визначення ефективності була популяція ITT – усі рандомізовані суб'єкти, що приймали, як мінімум, одну дозу досліджуваного препарату, і в яких після вихідного рівня ефективність оцінювали щонайменше ще один раз. Первинним параметром ефективності була зміна симптому дратівливості з вихідного рівня до кінцевої точки дослідження (тобто останнього спостереження), яку визначали за 15-пунктовою підшкалою дратівливості ABC. Ця підшкала включала такі пункти, як «самопошкодження», «агресія до інших пацієнтів і персоналу», «спалахи гніву», «дратівливість», «пригнічений настрій» та «недоречні крики й плач» (Aman, Singh, 1986). До параметрів вторинної ефективності увійшли зміни з вихідного рівня до кінцевої точки за іншими 4 підшкалами ABC, 6 підшкалами N-CBRF, ВАШ та CGI-C. Усі зміни з вихідного рівня за підшкалами ABC, N-CBRF та ВАШ були розглянуті за допомогою аналізу коваріації з використанням моделей умов лікування, центру та вихідного показника. Було також проведено аналіз респондерів (пацієнтів, у яких досягнутий лікувальний ефект). Респондерів визначали як тих, у кого спостерігалося зниження на ≥ 50% з вихідного рівня принаймні за 2 з 5 підшкал ABC, при цьому інші підшкали не повинні були демонструвати ≥ 10% підвищення. Для порівняння показників відповіді між групами рисперидону та плацебо використовували тест Кокрана – Мантеля – Гензеля, контрольний для дослідницького центру; його застосовували також для порівняння значень за шкалою CGI-C. Швидкість серцебиття, систолічний та діастолічний артеріальний тиск та вагу визначали за допомогою аналізу варіації. Зміну показників рейтингової шкали екстрапірамідної симптоматики вивчали за допомогою тесту Кокрана – Мантеля – Гензеля з модифікованим рідіт-рангом (тест ван Елтерена). Для повідомлення про інші результати безпеки використовували описову

статистику. Всі тести інтерпретували на 5% рівні значимості (двосторонній) без коригування для багаторазового тестування.

## Результати дослідження

Загалом 80 суб'єктів у 7 дослідницьких центрах відповідали критеріям включення і були залучені до цього спостереження. З них 41 особу рандомізували для отримання рисперидону, а 30 – плацебо. Один пацієнт з групи рисперидону не отримав жодного досліджуваного препарату і не був оцінений на вихідному рівні. Отже до популяції, що почала проходити лікування, було включено 79 суб'єктів. Окрім того, оскільки для 1 особи у кожній групі не було зафіксовано даних ефективності після вихідного рівня, 77 суб'єктів (39 у групі рисперидону, 38 – плацебо) увійшли до популяції ITT-ефективності, тобто первинної оцінки безпеки.

Демографічні та вихідні дані суб'єктів груп рисперидону і плацебо в ITT-популяції були однаковими. Середній вік учасників становив 7,5 років, більш як три чверті з них були чоловічої статі. Пацієнти в основному жили зі своїми батьками (88,6%). Більш як половина (55,7%) всіх учасників підпадали під категорію «тяжкий аутизм» за CARS. Згідно з DSM-IV, що видане пізніше за CARS і є менш всеохоплюючою діагностичною системою, 69% суб'єктів мали діагноз «аутичний розлад». Так, 23 з 40 пацієнтів з групи рисперидону та 25 з 39 – плацебо пройшли стандартний тест IQ; 15 (65,2%) осіб у першій групі та 12 (48,0%) в останній мали розумове відставання, від незначного до помірного. Окрім того, 17 суб'єктів (8 у групі рисперидону, 9 – плацебо), чиї інтелектуальні здібності заважали проведенню стандартних тестів IQ, пройшли інше когнітивне тестування за міжнародною шкалою дії Лейтер або прогресивними матрицями Равена. Ці діти, ймовірно, могли підпадати під категорію від помірного до серйозного ступенів розумового відставання. Загалом 59 (75%) пацієнтів мали поточні проблеми зі станом здоров'я, в основному захворювання ЛОР-органів та очей, шлунково-кишкового тракту, дерматологічні хвороби, розлади сечостатевої системи, респіраторного тракту або алергічні/імунологічні аномалії. Восьмитижневе дослідження завершили 72 (91,1%) суб'єктів. Передчасно вибули 7 (8,9%) дітей; з них 2 було рандомізовано для лікування рисперидоном, а 5 – для прийому плацебо. Серед пацієнтів, яким призначили рисперидон, один припинив свою участь через побічну дію (результат випадкового передозування на 2-й день), ще один – через недостатню відповідь. Серед тих, хто приймав плацебо, один вибув з дослідження у зв'язку із побічними явищами (випадкове передозування препарату на 16-й день), 2 – недостатньою відповіддю, а 2 відмовилися від участі у ньому.

Суб'єкти отримували подвійне сліпе лікування плацебо протягом 7-63 днів (у середньому 49,6 дня), а рисперидоном – 2-62 днів (у середньому 52,7 дня). Середня добова доза рисперидону, застосовувана упродовж періоду терапії, який включав мінімум один тиждень періоду титрування, була 1,17 мг; середнє дозування – 0,04 мг/кг/добу. В кінцевій точці дослідження середня добова доза рисперидону становила 1,48 мг, а середнє дозування – 0,05 мг/кг. У групі рисперидону більшість суб'єктів (n = 37) почали прийом рисперидону за схемою один раз на добу вранці; 8 з них залишалися на цій схемі до кінця випробування. Для решти 29 пацієнтів режим дозування змінили (14 суб'єктів перейшли на вечірній прийом препарату, а 15 – двічі на день) головним чином через сонливість.

Загалом 62 (78,5%) особи отримали принаймні один супутній препарат протягом спостереження. У групі рисперидону більше пацієнтів, ніж у групі плацебо, приймали супутні засоби для лікування інших медичних станів: 36 (90%) та 26 (66,7%) відповідно. Найчастіше застосовувалися такі препарати, як анальгетики (37,5 і 17,9% відповідно), засоби від кашлю та застуди (25 і 10,3% відповідно), антибіотики (12,5 й 12,8% відповідно)

**Таблиця 1. Зміна показників за ABC, N-CBRF та ВАШ у кінцевій точці дослідження порівняно з вихідним рівнем**

| Категорія ефективності | Рисперидон (n = 39) | | Плацебо (n = 38) | |
|---|---|---|---|---|
| | Вих. рівень [1] | Кінцева точка [2] | Вих. рівень [1] | Кінцева точка [2] |
| ***Підшкали ABC*** | | | | |
| Дратівливість | 18,9 ± 8,8 | -12,1 ± 5,8 [3] | 21,2 ± 9,7 | -6,5 ± 8,4 |
| Гіперактивність/неслухняність | 27,3 ± 9,7 | -14,9 ± 6,7 [3] | 30,9 ± 8,8 | -7,4 ± 9,7 |
| Недоречне мовлення | 4,6 ± 3,4 | -2,6 ± 2,6 [4] | 4,8 ± 3,7 | -1,6 ± 3,0 |
| Апатія/соціальне відчуження | 13,7 ± 7,0 | -8,6 ± 5,9 [5] | 14,3 ± 8,2 | -5,7 ± 6,9 |
| Стереотипна поведінка | 7,9 ± 5,0 | -4,3 ± 3,8 [4] | 8,1 ± 5,6 | -2,4 ± 4,0 |
| ***Підшкали N-CBRF*** | | | | |
| Проблема поводження | 16,9 ± 9,4 | -10,4 ± 7,4 [3] | 23,3 ± 12,0 | -6,6 ± 9,5 |
| Гіперактивність | 17,2 ± 5,8 | -8,1 ± 4,6 [4] | 18,9 ± 5,3 | -5,6 ± 6,6 |
| Самоізоляція/демонстративна поведінка | 7,5 ± 4,1 | -4,8 ±3,9 | 8,2 ±4,5 | -3,6 ± 4,6 |
| Невпевненість/тривожність | 8,7 ± 8,1 | -4,6 ± 6,5 [4] | 10,6 ±7,6 | -3,5 ±5,5 |
| Надмірна чутливість | 6,9 ± 3,4 | -3,8 ± 2,8 [4] | 7,4 ± 3,5 | -2,7 ±3,2 |
| Самотравмування/стереотипна поведінка | 4,2 ± 4,2 | -2,6 ± 3,3 | 3,5 ± 4,2 | -1,3 ± 2,8 |
| ***ВАШ (симптом, що непокоїть найбільше)*** | 81,0 ± 13,3 | -38,4 ± 28,9 [4] | 84,8 ± 14,1 | -26,2 ± 29,2 |

Примітки: [1] – середній показник ± стандартне відхилення; [2] – середня зміна з вихідного рівня ± стандартне відхилення; [3] – $p \leq 0{,}001$ *vs* плацебо; [4] $p \leq 0{,}05$ *vs* плацебо; [5] $p \leq 0{,}01$ *vs* плацебо.

та засоби від астми (15 і 10% відповідно). Заспокійливі/снодійні препарати призначали 11 (27,5%) суб'єктам з групи рисперидону та 9 (23,1%) – плацебо за необхідності для зменшення тривожності під час лабораторних аналізів. Антихолінергічні засоби застосовували 3 (7,5%) пацієнти у групі рисперидону та 1 (2,6%) – плацебо для лікування ЕПС, що виникали час від часу.

## *Результати ефективності*

Середні вихідні показники за підшкалою дратівливості ABC, що було первинним параметром ефективності, у двох групах були співставними: 18,9 та 21,2 для суб'єктів, яких лікували рисперидоном та плацебо відповідно (табл. 1). З кожним наступним візитом середні показники в обох групах знижувалися порівняно з вихідним рівнем; однак середнє зменшення в групі рисперидону постійно було більш значним, ніж у такій плацебо. Різниця цих середніх знижень під час кожного візиту була статистично значимою ($p \leq 0{,}05$) з 2-го по 8-й тижні лікування ($p \leq 0{,}001$). У кінцевій точці дослідження середнє зниження показнику дратівливості з вихідного рівня, яке спостерігалося у пацієнтів групи рисперидону, майже вдвічі перевищувало таке в групі плацебо: -12,1 і -6,5 відповідно ($p \leq 0{,}001$). У кінцевій точці дослідження суб'єкти, яких лікували рисперидоном, показали зменшення дратівливості на 64% відносно вихідного рівня порівняно зі зменшенням на 30,7% у групі плацебо.

Такий самий зразок відповіді спостерігався, коли аналіз у підгрупі показників за підшкалою дратівливості був проведений серед 54 дітей (26 у групі рисперидону, 28 – плацебо), що мали діагноз аутичного розладу. Середні вихідні значення становили 20,6 ± 8,1 та 21,6 ± 10,2 для суб'єктів з аутизмом, яких лікували рисперидоном і плацебо, відповідно. Різниця між показниками середнього зниження була статистично значимою на користь рисперидону, починаючи з 2-го тижня терапії ($p \leq 0{,}05$). У кінцевій точці дослідження середнє зменшення показників дратівливості з вихідного рівня було -13,5 ± 5,2 та -7,5 ± 7,6

**Таблиця 2. Частота виникнення побічних ефектів, які спостерігалися у ≥ 10% суб'єктів із групи рисперидону**

| Явище, n (%) | Рисперидон (n = 40) | Плацебо (n = 39) |
|---|---|---|
| Усі явища | 40 (100) | 31 (79,5) |
| Сонливість | 29 (72,5) | 3 (7,7) |
| Інфекція верхніх дихальних шляхів | 15 (37,5) | 6 (15,4) |
| Риніт | 11 (27,5) | 4 (10,3) |
| Підвищений апетит | 9 (22,5) | 4 (10,3) |
| Абдомінальний біль | 8 (20,0) | 3 (7,7) |
| Висока температура | 8 (20,0) | 7 (17,9) |
| Безсоння | 6 (15,0) | 6 (15,4) |
| Блювання | 6 (15,0) | 6 (15,4) |
| Кашель | 6 (15,0) | 4 (10,3) |
| Головний біль | 5 (12,5) | 2 (5,1) |
| Запор | 5 (12,5) | 1 (2,6) |
| Апатія | 5 (12,5) | 0 (0,0) |
| Тахікардія | 5 (12,5) | 0 (0,0) |
| Симптоми, схожі на грип | 4 (10,0) | 2 (5,1) |
| Анорексія | 4 (10,0) | 1 (2,6) |
| Втома | 4 (10,0) | 1 (2,6) |
| Підвищене виділення слини | 4 (10,0) | 1 (2,6) |
| Підвищення ваги | 4 (10,0) | 1 (2,6) |
| Тремор | 4 (10,0) | 0 (0,0) |

для осіб із аутизмом, які приймали рисперидон та плацебо, відповідно ($p \leq 0{,}01$), що являє собою покращення на 65,5 та 34,7% відповідно порівняно з вихідним рівнем. У кінцевій точці терапії суб'єкти, яких лікували рисперидоном, також продемонстрували значно більші зміни з вихідного рівня за іншими 4 підшкалами ABC ($p \leq 0{,}05$). Найбільшу різницю було відмічено для підшкал гіперактивності/неслухняності, за якими пацієнти групи рисперидону досягли зниження середнього значення на 14,9, а при прийомі плацебо – на 7,4 ($p \leq 0{,}001$). Порівняно з 15 (39,5%) суб'єктами, що застосовували плацебо, 27 (69,2%) із групи рисперидону визначалися як респондери ($p \leq 0{,}01$).

Пацієнти, які приймали рисперидон, також демонстрували більш значне покращення показників порівняно з вихідним рівнем за підшкалою видів нетипової поведінки N-CBRF: середнє зниження у кінцевій точці дослідження 10,4 проти 6,6 для суб'єктів, яких лікували плацебо ($p \leq 0{,}01$).

Пацієнти групи рисперидону показали статистично значиме зниження показника за підшкалами невпевненості/тривожності ($p = 0{,}039$), гіперактивності ($p = 0{,}035$) та надмірної чутливості ($p = 0{,}038$) N-CBRF. Більш значне зниження спостерігалося за підшкалами самопошкодження/стереотипної поведінки та самоізоляції/демонстративної поведінки; однак різниця між групами лікування не була статистично значимою.

Для усіх суб'єктів найчастішими та найбільш несприятливими симптомами були агресія (23,4%), спалахи гніву/негативний настрій (18,2%), які оцінено за шкалою ВАШ. У кінцевій точці дослідження середній показник ВАШ найбільш несприятливого симптому знизився (покращився) в середньому на 38,4 у групі рисперидону та приблизно на 26,2 у пацієнтів, що приймали плацебо. Як за 5 підшкалами ABC та проблемного поводження, невпевненості/тривожності, гіперактивності та надмірної чутливості N-CBRF, покращення середньої оцінки за ВАШ ($p \leq 0{,}05$) було значно вищим при лікуванні рисперидоном. Порівняно з групою плацебо удвічі більше суб'єктів, які приймали рисперидон,

продемонстрували клінічне покращення свого стану в кінцевій точці за шкалою CGI-C: 34 (87,2%) проти 15 (39,5%) відповідно. Утричі більше пацієнтів групи рисперидону порівняно з плацебо були оцінені як такі, чий стан дуже покращився або надзвичайно покращився: 21 (54%) проти 7 (18%) відповідно ($p < 0,001$). Статистично значима різниця показників за CGI-C між суб'єктами з груп рисперидону та плацебо була очевидною з кожним візитом ($p \leq 0,05$).

### *Переносимість та безпека*

Рисперидон при середньому дозуванні 0,04 мг/кг/добу добре переносився дітьми, які брали участь у дослідженні. Суб'єкти, яких лікували препаратом, найчастіше скаржилися на такі побічні явища, як сонливість (72,5%), інфекція верхніх дихальних шляхів (37,5%), риніт (27,5%) та підвищений апетит (22,5%) (табл. 2). У пацієнтів, що приймали плацебо, в основному виникали агресивні реакції (20,5%), висока температура (17,9%), інфекція верхніх дихальних шляхів (15,4%), безсоння (15,4%), блювання (15,4%), діарея (15,4%) й емоційна лабільність (15,4%).

Більшість побічних ефектів були незначного ступеня тяжкості. Лише у 5 (12,5%) суб'єктів із групи рисперидону виникли побічні симптоми, які віднесли до категорії серйозних та пов'язаних із досліджуваним препаратом: один випадок гіперкінезії та сонливості та по одному – підвищення ваги, сонливості, агресивної реакції з порушенням концентрації та екстрапірамідних розладів внаслідок випадкового передозування. У 2 (5,1%) осіб, що приймали плацебо, виникли серйозні явища, які вважалися пов'язаними з рисперидоном: один випадок безсоння та запалих очей і 2 – випадкового передозування препарату. Двоє суб'єктів припинили свою участь у дослідженні через побічні реакції: один випадок екстрапірамідного розладу внаслідок випадкового передозування в групі рисперидону і один – у групі плацебо. Обидва випадки було відкореговано без залишкових ефектів.

У 29 (72,5%) пацієнтів із групи рисперидону та 3 (7,7%), що приймали плацебо, під час дослідження виникла сонливість, перший випадок траплявся в середньому через 8 і 15 днів відповідно. З 29 суб'єктів із групи рисперидону сонливість було відкореговано у 18 з 20 осіб, яким схему дозування змінили на прийом один раз на добу увечері або двічі на день. Сонливість зникла також у 2 дітей, яким знизили дозу, та в 5 з 7 суб'єктів без зміни дози.

Отже загалом сонливість вдалося відкоригувати у 86,2% (25 з 29) осіб, що приймали рисперидон, в яких це явище виникало. Аналіз підгрупи серед суб'єктів з/без сонливості, яким було призначено рисперидон, також показав покращення за підшкалою дратівливості ABC; це дозволяє припустити, що позитивна дія рисперидону на результат первинної ефективності не залежить від сонливості.

У кінцевій точці дослідження швидкість пульсу зросла з вихідного рівня в середньому на 8,9 уд./хв. у суб'єктів із групи рисперидону порівняно з середнім зниженням 0,6 уд./хв. в осіб із групи плацебо. У групі рисперидону повідомлено про 5 випадків тахікардії, від незначної до помірної; один із них було відкориговано до кінця дослідження.

Зміни з вихідного рівня в електрокардіограмі виявилися клінічно значимими для одного суб'єкта в групі рисперидону; вони включали тахікардію та можливу незначну аномалію провідності. На додачу, у кінцевій точці дослідження систолічний артеріальний тиск підвищився в середньому на 4,0 мм рт. ст. серед дітей, що приймали рисперидон, порівняно з середнім зниженням на 0,7 мм рт. ст. у суб'єктів із групи плацебо. Жоден із випадків підвищення систолічного тиску не вважався клінічно значимим. У процесі

дослідження пацієнти, яким було призначено рисперидон, набрали в середньому 2,7 кг порівняно з таким на 1,0 кг у суб'єктів групи плацебо ($p \leq 0,001$).

Значимої різниці відносно загальних показників за шкалою ESRS після вихідного рівня між групами не спостерігалося. Загальне середнє значення було в діапазоні 0,2-0,9 у групі рисперидону та 0,3-1,1 – плацебо. Про ЕПС як небажані явища повідомлялося в 11 (27,5%) суб'єктів, яких лікували рисперидоном, та в 5 (12,8%) – плацебо. Серед пацієнтів групи рисперидону найчастішими ЕПС були тремор (4 випадки), екстрапірамідний розлад і гіпокінезія (по 2 випадки кожного); 6 випадків ЕПС, які виникли у 5 осіб із групи плацебо, включали виникнення пізньої дискінезії, аномалій ходи, атаксії, дискінезії, гіпертонії та мимовільних м'язових скорочень. Більшість явищ були незначними й тимчасовими і не вимагали втручання. Два суб'єкти при прийомі рисперидону та один у групі плацебо отримували препарати для лікування ЕПС; в усіх 3 випадках ЕПС зникли до кінця дослідження. Нарешті, в більшості пацієнтів гематологічні, біохімічні параметри і аналіз сечі залишалися у межах норми. Значної різниці між результатами лабораторних аналізів в обох групах лікування не спостерігалося.

## Обговорення

Це дослідження підтвердило результати низки невеликих відкритих спостережень та нещодавно завершеного подвійного сліпого дослідження, проведеного дослідницькими підрозділами педіатричної психофармакології мережі аутизму (McDougle et al., 2000). Так, рисперидон виявився ефективним засобом для пом'якшення багатьох поведінкових симптомів, пов'язаних із ПРР у дітей. За шкалами ABC, N-CBRF та ВАШ рисперидон був набагато ефективнішим, ніж плацебо, у зниженні дратівливості, гіперактивності/неслухняності, недоречного мовлення, апатії/соціального відчуження, стереотипної поведінки, проблем із поводженням, невпевненості/тривожності, надмірної чутливості та симптому, визначеного як найбільш несприятливого. Окрім того, згідно з CGI-C, у значно більшої кількості суб'єктів із групи рисперидону було відзначене клінічне покращення. Попри те, що середня різниця у зміні показників на вихідному рівні та в кінцевій точці дослідження не була статистично значимою, пацієнти, що приймали рисперидон, послідовно досягали покращення порівняно з такими групи плацебо за кожною з інших підшкал, використаних у дослідженні.

На основі первинного результату ефективності (середня зміна за підшкалою дратівливості ABC) рисперидон демонстрував значно більшу ефективність, ніж плацебо, під час кожного візиту, починаючи з другої оцінки після рандомізації на 2-му тижні лікування. У кінцевій точці дослідження в групі рисперидону показник за підшкалою дратівливості покращився на 64% з вихідного рівня, що майже вдвічі більше, ніж у групі плацебо. Такі ж результати спостерігалися у підгрупі аутичних суб'єктів. Покращення показника дратівливості порівняно з вихідним рівнем у дітей та підлітків із аутизмом, яких рандомізували для отримання рисперидону, складало 66%, тоді як в групі плацебо – 35%. Про такі самі результати нещодавно повідомлялося у 101 дитини, чий середній вік становив 8,8 року і яким було поставлено діагноз аутичного розладу, що супроводжувався значними спалахами гніву, агресією або самопошкодженням. Ці діти взяли участь у 8-тижневому рандомізованому подвійному сліпому контрольованому плацебо дослідженні педіатричної психофармакології мережі аутизму (2002). Так, суб'єкти, яких лікували рисперидоном, показали покращення середнього показника дратівливості порівняно з вихідним рівнем на 57%, тоді як у групі плацебо – на 14% ($p < 0,001$). Результати цього дослідження підтримують ефективність рисперидону у пом'якшенні деяких симптомів

порушення соціальної поведінки у дітей із аутизмом та іншими ПРР. Головним обмеженням дослідження була відносно коротка тривалість лікування.

Терапія рисперидоном загалом переносилася добре: лише один пацієнт із групи рисперидону припинив спостереження через побічні явища, що були викликані випадковим передозуванням досліджуваного препарату, від якого суб'єкт повністю одужав. У більшості випадків при прийомі рисперидону відзначалася сонливість, однак у 86% її вдалося відкоригувати. Сонливість минала спонтанно або за допомогою зниження дози чи зміни схеми дозування. Цікаво, що наявність сонливості не впливала на покращення показника дратівливості, що було первинним параметром ефективності.

Упродовж 8 тижнів лікування у суб'єктів із групи рисперидону підвищилася швидкість пульсу, у 5 з них було повідомлено про тахікардію, від незначної до помірної. В одному випадку тахікардія минула. На додачу, в одного пацієнта з групи рисперидону було повідомлено про можливу незначну аномалію провідності (на відведенні V1), яку охарактеризували як клінічно значиму. У групі рисперидону спостерігалося також невелике, але клінічно значиме підвищення систолічного артеріального тиску, хоча жоден з цих випадків не вважали клінічно значимим. Ці незначні підвищення швидкості серцебиття та артеріального тиску, які виникали у пацієнтів при прийомі рисперидону, на відміну від групи плацебо, не спостерігалися у недавньому контрольованому дослідженні у дітей із аутичним розладом, і їхня ймовірна значимість невідома.

Значимої різниці між тижневими загальними показниками ESRS у групах рисперидону та плацебо не спостерігалося в жодному розглянутому вище дослідженні. Попри те що принаймні один із ЕПС частіше виникав у пацієнтів, які приймали рисперидон, порівняно з групою плацебо, більшість симптомів оцінювалися як незначні та тимчасові і не вимагали втручання. У суб'єктів, що все ж отримали терапію, явища були успішно відкориговані. У дітей, які приймали рисперидон, не повідомлялося про жоден випадок пізньої дискінезії. Необхідні більш довготривалі дослідження для спостереження за ЕПС та іншими результатами безпеки.

Окрім того, суб'єкти, яким було призначено рисперидон, набрали в середньому 2,7 кг порівняно з підвищенням ваги на 1,0 кг в групі плацебо. Такий саме діапазон набору ваги спостерігався у дослідженні педіатричної психофармакології мережі аутизму. Більш довготривалі дослідження застосування рисперидону у дітей тривалістю до одного року продемонстрували, що збільшення маси тіла є більш вираженим упродовж перших місяців лікування (Turgay et al., 2002). Тим не менш, для запобігання або зниження можливого підвищення ваги дітям із ПРР, яким призначений курс рисперидону, слід дотримуватися дієти та займатися фізичною активністю.

## Висновки

Розчин рисперидону в середній дозі 0,04 мг/кг/добу (1,17 мг/добу) був ефективним та добре переносився при лікуванні поведінкових симптомів, зокрема агресії, у дітей віком 5-12 років з ПРР, яких оцінено за підшкалами ABC (дратівливість, гіперактивність/неслухняність, недоречне мовлення, апатія/соціальне відчуження, стереотипна поведінка) та N-CBRF (проблеми поводження, гіперактивності, невпевненості/тривожності та надмірної чутливості). Більшість побічних симптомів минали самостійно або успішно коригувалися за допомогою зміни в дозуванні препарату. Позитивні результати ефективності, досягнуті при застосуванні рисперидону, відкривають нові перспективи в лікуванні поведінкових симптомів, що виникають у дітей із ПРР.

*Підготувала* ***Ірина Сидоренко***

# Рисперидон в лечении детей дошкольного возраста с кондуктивным расстройством

Кондуктивное расстройство (КР) характеризуется агрессивным или другим антисоциальным поведением и обычно возникает в детстве или юношестве. Данное заболевание может приводить к диссоциальному поведению или импульсивному изменению личности, а также часто сочетается с другими психиатрическими диагнозами, такими как расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ). Немедикаментозные подходы являются терапией выбора у лиц с КР, но, к сожалению, они не всегда эффективны. Рисперидон – наиболее изученный препарат, который назначают для лечения КР. Однако о применении этого препарата у детей дошкольного возраста, страдающих КР но в остальном развивающихся нормально, известно немного. С тем чтобы получить больше данных об эффективности и безопасности рисперидона в лечении таких пациентов, Ercan et al. провели 8-недельное исследование, о результатах которого сообщается в журнале *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (2011; 5: 10).

Кондуктивное расстройство – наиболее тяжелая форма нарушения социального поведения, которая является одним из самых частых психиатрических нарушений у детей и подростков. Согласно некоторым данным, КР является причиной 30-50% обращений в клинику (Steiner et al., 1997; Kazin et al., 1985). В соответствии с критериями DSM-IV распространенность КР в сочетании с оппозиционным расстройством составляет примерно 5%.

Основные категории симптомов этого заболевания:

- физическая агрессия/угроза нанести вред людям или животным;
- разрушение имущества;
- эпизоды обмана или совершения краж;
- серьезные нарушения адекватных возрасту правил.

Диагноз КР ассоциирован с неблагоприятными исходами. Так, по результатам 7-летнего исследования, лишь 15% пациентов достигли ремиссии к среднему и позднему подростковому возрасту (Lahey et al., 2002). Согласно другим данным, спустя 3-4 года от начала развития расстройства от 45 до 90% больных все еще соответствуют критериям КР. Другие исследователи (Christopher et al., 2005) сообщают о том, что у 40% пациентов с КР имеет место антисоциальное расстройство личности, остальные испытывают трудности в отношениях на работе. У таких больных повышен риск злоупотребления различными веществами, нарушений настроения, тревожных и соматоформных расстройств.

КР в зависимости от возраста дебюта разделяют на две категории – детское и подростковое. В DSM-IV подчеркивается неблагоприятный исход для лиц, у которых

расстройство дебютировало в раннем возрасте. Такие пациенты в большей мере склонны к антисоциальному поведению и демонстрируют более выраженную агрессию. Прогноз КР с дебютом в детстве связан с плохой академической успеваемостью и социальным поведением в период умственного и поведенческого взросления.

Есть достоверные данные, что нарушения социального поведения проявляются в раннем детстве и характеризуются умеренной стабильностью. Однако правомерность применения критериев КР по DSM-IV к детям дошкольного возраста является предметом дискуссий. Одни исследователи считают, что нетипичное поведение у детей дошкольного возраста является преходящим расстройством развития (Campbell et al., 2002), а другие – что это проявление нарушений отношений между ребенком и родителями (Anders et al., 1989). С другой стороны, обсуждался вопрос о том, способны ли маленькие дети на своем уровне развития совершать поведенческие акты, характеризующие расстройство, а также существуют ли функциональные эквиваленты такого поведения, которые можно было бы оценить с течением времени. Типичные проявления КР применимы к детям дошкольного возраста, так как они способны понимать концепцию правил, и значит, могут вести себя соответствующим образом (Keenan et al., 2002; Kochanska et al., 1997). По мнению Keenan et al., критерии КР по DSM-IV с некоторыми поправками, связанными с возрастом, могут быть использованы в диагностике нарушений социального поведения у детей дошкольного возраста.

В рамках исследования при участии детей в возрасте 4,5-5-лет Kim-Cohen et al. рассматривали пациентов, которые соответствовали пяти и более критериям КР (умеренно выраженного и тяжелого). Согласно их данным, распространенность тяжелого КР составила 6,6 и 2,5% соответственно.

Также изучали предиктивную правомерность КР у детей дошкольного возраста. Примечательно, что у последних сохраняются поведенческие и образовательные проблемы спустя 2 и 5 лет независимо от наличия или отсутствия симптомов КР при последующих осмотрах (Kim-Cohen et al., 2009). Вмешательства, направленные на предотвращение хронического течения КР, могут быть эффективны, если применяются в раннем возрасте (Olds et al., 1998).

Лечение КР имеет большое значение, что объясняется рядом причин. Во-первых, симптомы КР могут приводить к серьезным трудностям в школе, социальном развитии и нарушениям здоровья. Во-вторых, повышенный риск физических травм может угрожать жизни пациента или людей, которым он может нанести вред. Высокая распространенность КР, его неблагоприятные последствия, значительная стабильность состояния во времени, а также риск нарастающего агрессивного и антисоциального поведения у пациентов, не получающих терапию, – факторы, указывающие на необходимость детального изучения лечения КР.

Терапию КР следует начинать после постановки диагноза, поскольку существует тесная связь между эффективностью лечения и возрастом, в котором оно было инициировано. Это является подтверждением значимости ранней терапии (Moretti et al., 1997). Лечение должно быть мультидисциплинарным, так как состояние часто сочетается с наличием ряда биологических, функциональных и психосоциальных факторов риска. Чаще всего применяют психосоциальные подходы (поведенческая терапия, психотерапия, консультирование родителей) в комбинации с психофармакотерапией. Наличие агрессивного поведения указывает на необходимость усиления психосоциальных методов медикаментозного лечения (Kutcher et al., 2004).

Для лечения КР и агрессии применяют стимулянты, типичные и атипичные антипсихотики и стабилизаторы настроения. Была показана эффективность большинства из них,

однако ожидаемый профиль безопасности (побочных эффектов) и степень снижения выраженности симптомов, связанных с каждым отдельным препаратом, определяют отличия между ними. Как типичные, так и атипичные антипсихотики обладают способностью контролировать агрессию и эксплозивность при КР, однако лишь применение типичных антипсихотических средств связано с риском развития экстрапирамидных симптомов и поздней дискинезии (Findling et al., 2000).

Согласно существующим данным, стабилизаторы настроения, такие как литий, карбамазепин и вальпроевая кислота, обладают различной эффективностью, которая варьирует от значительной до минимальной. Необходимость мониторинга уровня препарата ограничивает применение лития у детей. Прием стимулянтов (в основном метилфенидата) также эффективен для контроля агрессии, однако эти медикаменты предпочтительны при сочетании КР с РДВГ.

В одном из первых метаанализов по применению антипсихотических средств при КР (Ipser и Stein) было показано, что литий и атипичный антипсихотик рисперидон эффективны в лечении КР как на основании общих оценок, так и в отношении снижения выраженности отдельных симптомов. Рисперидон оказывал положительный эффект и при этом обладал благоприятным профилем безопасности. В метаанализе Pappadopulos et al. рассматривали все рандомизированные контролируемые исследования, в которых изучали молодых (младше 19 лет) пациентов с агрессивным поведением (расстройства социального поведения, КР, РДВГ и другие состояния, ключевым симптомом которых была агрессия). В группах больных, которым назначали рисперидон (9 исследований), отмечали более высокий показатель величины клинического эффекта по Cohen (ES = 0,9), тогда как при использовании типичных антипсихотиков аналогичный показатель составил 0,7. Эффективность стабилизаторов настроения в этом отношении была умеренной (ES = 0,4). Примечательно, что эффективность лития оценивали очень вариабельно – от 0,0 до 0,9. Испытания с применением стимулянтов (более 20) в основном включали пациентов с РДВГ и коморбидным расстройством социального поведения.

Рисперидон – атипичный антипсихотик и мощный агонист 5-$HT_2$- и $D_2$-рецепторов, является наиболее часто изучаемым препаратом в рамках различных исследований с участием детей и подростков. Результаты многих испытаний свидетельствуют о высокой эффективности препарата в лечении поведенческих нарушений при КР, в частности при поддерживающей терапии. Примечательно, что в большинстве этих исследований дети имели показатель IQ ниже среднего.

По данным обобщенного анализа двух исследований, посвященных влиянию рисперидона у детей, страдающих расстройством социального поведения, с IQ ниже среднего, препарат оказывал благоприятный эффект в отношении как социальных навыков, так и проблемных элементов поведения (то есть небезопасное/тревожное поведение и др.), тогда как аффективные проявления (застенчивость, робость, привязанность к взрослым, плач или плаксивые эпизоды) не изменились (Snyder et al., 2002; Aman et al., 2002).

Рисперидон также изучали в разрезе контроля агрессии у детей и подростков с биполярным расстройством и общим нарушением развития. Препарат оказался эффективен при этих состояниях и продемонстрировал благоприятный профиль безопасности, особенно в низких дозах.

Что касается вопроса лечения КР у детей дошкольного возраста, данных недостаточно, и необходимо уделить больше внимания диагностической оценке. Адекватная оценка развития и функциональных способностей представляется исключительно важной.

По причине незначительного количества данных контролируемых исследований и доказательств в отношении медикаментозного лечения, поведенческие интервенции, направленные на повышение родительских навыков и другие подходы, такие как поведенческая терапия с участием родителей, рекомендуются в качестве вмешательств первой линии у нормально развивающихся детей. Медикаментозная терапия на фоне адекватного мониторинга является вторым шагом в лечении детей с умеренными/тяжелыми симптомами и функциональными нарушениями, которые сохраняются после психотерапевтических воздействий (Gleason et al., 2007). Рисперидон рекомендован в качестве препарата первой линии в лечении детей с расстройством социального поведения и выраженной агрессией, что не сочетается с РДВГ (Aman et al., 2002; Reyes et al., 2006; Gleason et al., 2007; Connor et al., 2002).

В нескольких исследованиях рисперидон применяли у детей дошкольного возраста. Полученные результаты свидетельствовали о его эффективности и безопасности. Результаты 3-летнего наблюдения за 53 детьми дошкольного возраста с первазивным нарушением развития показали, что рисперидон позволяет эффективно контролировать поведенческие расстройства и оказывает долгосрочное влияние на дисрегуляцию. Наиболее частым побочным явлением было повышение аппетита и уровня пролактина, которое клинически не проявлялось. По данным одного ретроспективного исследования, которое включало детей с агрессией, связанной с различными патологическими состояниями, терапия рисперидоном приводила к среднему снижению выраженности симптомов на 36% (Cesena et al., 2002).

Критерии КР по DSM-IV применимы в отношении детей дошкольного возраста. Принимая во внимание стабильность симптомов, высокий риск развития коморбидностей и эффективность раннего вмешательства, лечение таких пациентов представляется очень важным. Медикаментозная терапия необходима в ситуациях, когда психотерапевтические вмешательства безуспешны.

Целью исследования, проведенного Ercan et al., было получение предварительных данных о переносимости и эффективности монотерапии рисперидоном у детей дошкольного возраста с КР и тяжелыми поведенческими нарушениями, которые в остальном нормально развиваются. Это – первый трайл, в рамках которого эффективность монотерапии рисперидоном изучали у детей дошкольного возраста с КР и нормальным интеллектом.

## Материалы и методы исследования

Это было 8-недельное открытое моноцентровое исследование. Родители всех пациентов дали письменное согласие на участие их детей. На момент поступления в центр пациенты не принимали каких-либо препаратов. Главный специалист первым интервьюировал всех детей с применением Kiddie-SADS Lifetime Version (K-SADS-PL).

КР было диагностировано у 16 детей (13 мальчиков и 3 девочки). Все дети также страдали коморбидным РДВГ. Другие психические заболевания, которые могли сопровождаться вспышками гнева и агрессией (аффективные расстройства), были исключены с использованием K-SADS-PL. В этот же день проводилась беседа с родителями. Собирали полный медицинский, психический анамнез, а также данные о развитии. Все дети были из мало- или среднеобеспеченных семей.

При первом визите детей осматривал детский невролог, который проводил полное физическое и неврологическое обследование. Кроме того, были выполнены биохимический анализ крови с определением пролактина, ЭЭГ и ЭКГ. Ни в одном случае при проведении упомянутых тестов нарушения выявлены не были. Для диагностики задержки

развития применяли Ankara Developmental Screening Inventory (ADSI). Ни у одного участника не диагностировали задержку умственного развития.

Критерии включения были определены следующим образом:

- пациенты дошкольного возраста (3-6 лет для Турции);
- диагностированное КР (допускается коморбидное РДВГ, но не другие психиатрические диагнозы);
- тяжелое течение заболевания – балл по шкале общего клинического впечатления (CGI) ≥ 6;
- отсутствие ответа на тренинговые программы для родителей;
- дети не должны принимать препараты на момент включения (однако все пациенты в недавнем времени недолго применяли метилфенидат);
- в остальном участники должны иметь нормальное развитие;
- при медицинском обследовании не должны быть выявлены нарушения;
- родителям необходимо подписать информированное согласие.

Всем пациентам назначали рисперидон в стартовой суточной дозе 0,125-0,25 мг/сут в зависимости от массы тела (менее и более 20 кг соответственно). Оценку эффективности и побочных эффектов выполняли в исследовательском центре с 2-недельными интервалами. Еженедельно проводились беседы с родителями по телефону. Титрование дозы осуществляли индивидуальным образом до достижения оптимального терапевтического эффекта. Планировалось не превышать дозу в 2 мг/сут. По причине нерегулярных явлений на осмотры исследование завершили 6 мальчиков и 2 девочки.

Для оценки эффективности применяли две шкалы – CGI (1 балл – «не болен», 7 – «тяжело болен») и Turgay DSM-IV Based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale (T-DSM-IV-S-C & T-DSM-IV-S-P). Результаты оценивали в начале, на 4-й и 8-неделях исследования.

Понятие «ответ на препарат» определяли как 30% снижение выраженности симптомов по субшкале T-DSM-IV-S либо уменьшение балла по CGI для оценки улучшения (GCI-I) на 2 и более.

Оценка побочных эффектов включала проведение лабораторных тестов, ЭКГ, регулярных взвешиваний, определение наличия экстрапирамидных симптомов с помощью шкалы экстрапирамидных симптомов и неврологического осмотра. Кроме того, был разработан специальный опросник с учетом побочных явлений, о которых сообщалось в других исследованиях. Статистический анализ проводили с использованием пакета SPSS 13. Показатель $p < 0,05$ рассматривался как статистически значимый.

## Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов – 42,4 (SD = 14,3) месяца. К концу 8-й недели средняя доза рисперидона составила 0,78 мг (SD = 0,39). Максимальную дозу (1,5 мг/сут) применяли лишь у одного ребенка. Дозы рисперидона в исследовании были низкими: 5 детей (62,5%) получали препарат в дозе 1 мг/сут, 2 (25%) – 1 мг/сут и 1 – (12,5%) – 1,5 мг/сут.

Эффективность лечения была высокой: спустя 8 недель терапии у всех пациентов наблюдали клинически значимое улучшение. Средний показатель по CGI для оценки тяжести заболевания (CGI-S) в начале исследования составил 6,4 (SD = 0,5), в конце – 1,4 (SD = 0,5). Терапия рисперидоном привела к 78% снижению балла по CGI-S ($p < 0,001$). Состояние всех детей в значительной мере улучшилось (1 или 2 балла по CGI-I). Что касается оценки по T-DSM-IV-S, отмечалось снижение показателя на 37,8

и 40,8 для родительской и клинической форм соответственно. Все пациенты ответили на терапию. Имели место статически достоверные улучшения показателей по всем субшкалам T-DSM-IV-S.

Все дети хорошо переносили лечение. Родители 2 детей сообщали о слабо- или умеренно выраженной седации детей. Симптомы седации и сонливость отмечали в самом начале терапии, затем эти явления исчезали. Существенного или клинически значимого изменения веса не наблюдалось. Лишь один ребенок набрал 5,1% от своей массы тела. Показатели функций внутренних органов, данные ЭКГ и анализов крови не изменялись за время наблюдения.

В конце исследования было отмечено значительное статистически значимое 7-кратное повышение уровня пролактина. Среднее изменение последнего составило 33,9 ± 23,5 нг/мл ($p < 0,05$). Исходный показатель был 5,3 ± 1,4 нг/мл, а аналогичный в конце исследования – 70,0 ± 21,9 нг/мл. Таким образом, у всех 6 детей уровень пролактина был выше нормы, однако ни у кого не отмечались клинические признаки гиперпролактинемии. Также не наблюдалось неврологических, в том числе экстрапирамидных, побочных эффектов.

Таким образом, результаты сопоставимы с данными ранее проведенных исследований, в которых изучали применение рисперидона при расстройствах с социально неприемлемым поведением. Эти испытания различались по длительности и дизайну, включали детей и подростков, однако их данные свидетельствовали об эффективности рисперидона как средства для контроля агрессии и деструктивного поведения у детей и подростков с КР. Кроме того, проводились долгосрочные исследования, в которых была показана эффективность и безопасность рисперидона при поддерживающей терапии (Turgay et al., 2002; Findling et al., 2004; Croonenberghs et al., 2005; Reyes et al., 2006). Большинство из упомянутых наблюдений проводили с участием детей и подростков с IQ ниже среднего.

Примечательно, что в данном исследовании не было отмечено существенное повышение веса пациентов через 2 месяца (средняя исходная масса тела – 16 кг; на 8-й неделе – 16,3 кг). Более того, родители не сообщали о повышении аппетита у детей. Эти данные отличаются от аналогичных, полученных в других исследованиях (Pandina et al., 2006). Возможно, это связано с тем, что данное наблюдение было краткосрочным.

В ранее проведенных испытаниях кроме увеличения массы тела были отмечены простудоподобные симптомы и незначительные желудочно-кишечных нарушения. В данном исследовании подобных побочных эффектов не наблюдалось. Кроме того, для оценки когнитивных функций специфические тесты не применялись, однако родители не сообщали о каких-либо когнитивных нарушениях. Лишь у 2 детей отмечали симптомы седации в начале исследования. Некоторые родители сообщали, что после лечения дети лучше фокусировались на ежедневных активностях, играх и лучше вели себя в социальном отношении.

Семикратное повышение уровня пролактина было ожидаемым, но все же значимым исходом терапии рисперидоном. Это увеличение не сопровождалось клиническими симптомами. По данным ранее проведенных исследований, часто сообщается о повышении уровня пролактина как об одном из исходов лечения. В некоторых испытаниях имели место клинически значимые последствия гиперпролактинемии, такие как гинекомастия, преходящая аменорея или галакторея (Turgay et al., 2002; Croonenberghs et al., 2005); в других, наоборот, они отсутствовали (Snyder et al., 2002; Aman et al., 2002). Возможное развитие нежелательных эффектов гиперпролактинемии, таких как ускоренный рост и созревание, должно тщательно мониторироваться. В дальнейших исследованиях

значительное внимание необходимо уделить гиперпролактинемии, индуцированной рисперидоном, у молодых пациентов. Кроме повышения уровня пролактина, других патологических изменений лабораторных тестов в этом исследовании не отмечали.

Это испытание создает основания для проведения подобных ему в будущем. Тем не менее, следует обратить внимание на некоторые ограничения. Во-первых, маленькая выборка пациентов снижала возможность статистической обработки информации, во-вторых, несовершенство инструментов, предназначенных для оценки детей дошкольного возраста, также создавало ряд ограничений.

## Выводы

Возможность применения понятия КР у детей дошкольного возраста была четко установлена. Ранние интервенции позволяют замедлить прогрессирование данного заболевания. Вмешательствами первой линии считают психотерапевтические подходы, которые включают тренинги для родителей и поведенческие методы. Однако в ситуациях, когда ответа на вышеприведенные методы не отмечается, клиницисты сталкиваются с недостаточными эмпирическими данными в отношении эффективности и безопасности медикаментов у детей. Рисперидон наиболее изучен в этом отношении, однако большинство испытаний было проведено при участии детей школьного возраста. Исследования, включавшие дошкольников, обычно проводились с участием детей с задержкой развития. Однако вопросы терапии тяжелых поведенческих нарушений у нормально развивающихся детей дошкольного возраста требуют дальнейшего изучения, поскольку побочные явления и эффективность препаратов могут отличаться от таковых у детей постарше. Данные этого исследования свидетельствуют о том, что рисперидон может быть эффективен в лечении КР у детей дошкольного возраста, которые в остальном развиваются нормально и обладают средним уровнем интеллекта. На фоне тщательного мониторинга и постепенного титрования дозы препарат хорошо переносится. Полученные результаты следует интерпретировать как предварительные, генерирующие гипотезы данные, что связано с существенными ограничениями этого исследования. Необходимо еще раз отметить, что назначать препараты детям дошкольного возраста рекомендуется лишь в тех случаях, когда другие методы лечения и семейные вмешательства оказались неэффективными, а нарушение развития ребенка влияет на социальные отношения, физическое и психическое здоровье. Если начата медикаментозная терапия, ее следует проводить с осторожностью, а также назначать частые последующие интервью на фоне постоянного мониторинга. Для определения эффективности и безопасности рисперидона у детей дошкольного возраста необходимы дальнейшие кратко- и долгосрочные рандомизированные контролируемые плацебо исследования.

*Подготовил* ***Константин Кремец***

# Терапевтичні можливості рисперидону в комплексному лікуванні дітей із розладами спектра аутизму

*І.А. Марценковський, Я.Б. Бікшаєва, О.С. Ващенко,*
*Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ*

Стрімкий ріст захворюваності на розлади зі спектру аутизму (РСА) в Європі, Великій Британії та США припадає на кінець 80-х рр. минулого століття. Поширеність РСА 1985 р. становила 2 випадки, 2003 р. – 34, 2006 р. – 60 на 10 тис. дітей [1-5]. У 2008 р. в Україні було зареєстровано 198 випадків захворювання. На кінець року на обліку стояло 1156 дітей [6]. Наведена цифра не репрезентує реальну поширеність РСА в Україні. Значна частина батьків таких дітей уникає офіційного обліку і не враховується в статистичних даних Міністерства охорони здоров'я (МОЗ). За даними експертної оцінки співробітників відділу медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (УНДІ ССПН), поширеність синдрому Каннера в Україні становить 8-10, синдрому Аспергера – 0,5-1, дезінтегративного розладу – 0,1-0,2, гіперактивного розладу з розумовою відсталістю та стереотипними рухами – 10-13 випадків на 10 тис. дітей [7-8].

Методи лікування РСА розроблені недостатньо. Вимоги МОЗ України щодо програмно-цільового обслуговування дітей із РСА на засадах доказової медицини висвітлені в методичних рекомендаціях УНДІ ССПН [7-8]. Ранні когнітивно-поведінкові втручання розглядаються як базова та ефективна форма медичної допомоги [9-15]. Основними завданнями терапії РСА вважаються: нав'язування дитині комунікації (у тому числі полегшеної), усунення порушень перцепції, розвиток дрібної моторики, пізнавальних процесів, стимулювання розвитку емоційної когніції і соціальної перцепції, формування навичок соціального функціонування.

Медикаментозному лікуванню РСА приділяється обмежене, але важливе місце [15-18]. Агресивність разом із підвищеною збудливістю належить до проявів розладу, які більшість дитячих психіатрів розглядають як підставу для призначення нейролептиків.

Доцільність такої терапії є суперечливою. Як у DSM-IV, так і в МКХ-10 аутизм розуміється не як захворювання з визначеною етіологією і патогенезом, а як синдром, що включає атипові поведінкові розлади й ознаки порушення загального розвитку, що призводять до глибокої інвалідності та неможливості самостійного функціонування. Для дітей характерна нерівномірність у розвитку. Це виражається в сполученні проявів підвищених здібностей в обмежених областях, таких як музика чи математика з глибоким порушеннями формування побутових життєвих умінь і навичок [9, 19]. Більшість дітей із РСА мають супутню розумову відсталість, грубі порушення емоційної когніції та соціальної перцепції. За даними офіційної канадської статистики, 75% аутичних дітей мають розумову відсталість [20]. У США у 66% хворих на РСА діагностують розумову відсталість, в тому числі у 3,7% у структурі синдромів Дауна, Санфіліппо, Ретта й ін. [9, 21]. Виникає питання, чи не

може тривала терапія нейролептиками, попри усунення поведінкових розладів, негативно позначитися на психомоторному розвитку дітей із РСА?

Поява атипових антипсихотиків відкрила нові потенційні перспективи для медикаментозного лікування РСА [7-8, 12-18]. Можливі переваги цієї групи психотропних препаратів пов'язані з:

- кращою порівняно з конвенційними нейролептиками толерантністю;
- здатністю не лише не погіршувати, але й поліпшувати при тривалому застосуванні когнітивне функціонування дітей, збільшуючи можливості для соціальної реабілітації.

Проте доказова база для застосування атипових нейролептиків при РСА залишається недостатньою. За низкою свідчень про можливу ефективність атипових нейролептиків у дітей із РСА з'явилися публікації про наявність при їх тривалому застосуванні, насамперед в дошкільному віці, неприйнятних побічних ефектів.

На сьогодні рисполепт у формі розчину залишається єдиним атиповим антипсихотиком, зареєстрованим Фармцентром МОЗ України для лікування аутизму у дітей та підлітків. Препарат застосовують для корекції агресивної та аутоагресивної поведінки, усунення стереотипій у дітей із РСА, але невідомо, яким чином він впливає безпосередньо на психомоторний розвиток дитини.

## Методи дослідження

У дітей із РСА при проведенні відкритого контрольованого лонгитудинального дослідження проводили:

- оцінку психомоторного та мовного розвитку за допомогою шкали для оцінки структури і рівня відставання психомоторного розвитку дитини (PEP-R) [22-24];
- скринінг симптомів за допомогою дитячої рейтингової шкали аутизму (CARS) [25, 26];
- оцінку якості життя хворої дитини та її сім'ї за допомогою опитувальника для оцінки якості життя дітей і підлітків з психічними розладами (ILK) [27].

Застосування PEP-R дозволило кількісно оцінити проблеми, пов'язані з порушеннями психомоторного та мовного розвитку у дитини з РСА. Динаміка розвитку окремо оцінювалася в 7 психічних сферах: наслідування, перцепції, дрібної, крупної моторики, зорово-моторної координації, пізнавальних функцій, комунікації й експресивної мови.

CARS використовували для періодичного контролю стану дітей із РСА з метою визначення тяжкості аутистичної симптоматики та ефективності запроваджених інтервенцій. За 15 субшкалами проводили оцінювання: стосунків із людьми; здатності до наслідування; емоційно-перцепторних процесів; моторної зграбності; спроможності адекватного використання предметів; здатності до адаптаційних змін; порушень зорової перцепції; порушень смакової, нюхової, тактильної перцепції; тривожних реакцій та страхів; розвитку вербальної комунікації; розвитку невербальної комунікації; загального рівня активності дитини; розвитку та послідовності пізнавальної діяльності; загального враження клініциста.

Для оцінки впливу терапії на якість життя дитини з РСА та членів її родини використовували ILK. При аналізі результатів враховували: оцінку батьками якості життя дитини, заглибленість батьків у проблеми, пов'язані з хворобою, занепокоєність батьків діагностичними і терапевтичними заходами.

## Дизайн дослідження

Діти з РСА були розподілені на три групи, аналогічні за віком, статтю, тяжкістю розладів при оцінюванні за CARS та PEP-R. Пацієнтам першої групи призначали мототерапію

**Таблиця. Розподіл дітей із РСА залежно від віку, статі та отриманої терапії**

| Критерії рандомізації | Метод терапії | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Монотерапія рисперидоном | | | | | Когнітивно-поведінкові тренінги | | | | | Терапія рисперидоном та когнітивно-поведінкові тренінги | | | | |
| | 3-6 років | | 7-12 років | | Вибірка у цілому | 3-6 років | | 7-12 років | | Вибірка у цілому | 3-6 років | | 7-12 років | | Вибірка у цілому |
| | х | д | х | д | | х | д | х | д | | х | д | х | д | |
| Діагностичні критерії МКХ-10 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дитячий аутизм (F84.0) | 14 | 3 | 7 | 2 | 26 | 12 | 5 | 4 | 2 | 23 | 14 | 2 | 6 | 2 | 24 |
| Інші дезінтегративні розлади (F84.3) | 1 | 1 | 2 | - | 4 | 2 | 1 | 1 | - | 4 | 2 | 4 | 2 | - | 8 |
| Гіперкінетичний розлад із розумовою відсталістю та стереотипними рухами (F84.4) | 4 | 2 | 4 | 2 | 12 | 6 | 6 | 3 | - | 15 | 4 | 4 | 2 | - | 10 |
| **Разом (n = 126)** | **19** | **6** | **13** | **4** | **42** | **20** | **12** | **8** | **2** | **42** | **20** | **10** | **10** | **2** | **42** |

рисперидоном, другої – когнітивно-поведінкові тренінги, третьої – терапію рисперидоном у поєднанні з когнітивно-поведінковими тренінгами (таблиця).

Повторне оцінювання в групі дітей, що отримували монотерапію рисперидоном, проводили через 3 місяці, у решти дітей – через 6 та 12 місяців лікування. За особливостями клінічної динаміки за CARS і PEP-R в групах порівняння визначали респондерів і нонреспондерів до терапії. Як респондерів до терапії визначали дітей, у яких зменшення відставання інтегрального показника розвитку (визначального в місяцях шкали розвитку за PEP-R) складало щонайменше 50% від початкового рівня або не менше 9 місяців, а при повторному оцінюванні за шкалою CARS інтегральний показник не перевищував 37 балів. Як нонреспондерів до терапії визначали дітей, у яких динаміка клінічного стану за шкалою CARS оцінювалася як збереження «виражених проявів аутизму» (від 37 до 60 балів) і які при оцінюванні за PEP-R збільшували або незначно зменшували відставання у психомоторному розвитку.

## Особливості клінічного протоколу застосування рисперидону у дітей із РСА

Лікування рисперидоном починали з призначення препарату в дозі 0,5 мг/добу. Для того, щоб уникнути виникнення піків концентрації та забезпечити стабільність терапевтичної концентрації антипсихотику в сироватці крові у дітей віком 3-6 років використовували 4-6-кратний, у дітей 6-10 років – 3-кратний прийом препарату. Слід зазначити, що рисперидон має форму випуску у вигляді розчину, що дозволяє дрібне призначення невисоких (1-2 мг/добу) доз препарату. Початкову дозу рисперидону протягом 10-14 днів шляхом титрування збільшували до досягнення мінімально ефективної, але не вище 2,5-3 мг/добу. Середньодобова доза рисперидону у першій групі склала 2,1 ± 0,5 мг, у третій – 1,9 ± 0,6 мг.

## Особливості клінічного протоколу когнітивно-поведінкових втручань у дітей з РСА

Обсяг когнітивно-поведінкових втручань для дітей другої та третьої груп ми стандартизували як за формою, так і за тривалістю інтервенцій. Велику частину роботи з дитиною виконували її батьки за індивідуальними реабілітаційними програмами. Складання, корегування індивідуальних програм медико-соціальної реабілітації дітей, навчання батьків техніці проведення тренінгів проводили під час щомісячних тижневих діагностичних курсів допомоги у відділенні медико-соціальної реабілітації дітей та підлітків з психічними і поведінковими розладами УНДІ ССПН.

Із дітьми першої та третьої груп щодня проводили когнітивно-поведінкові тренінги протягом 3-4 годин (18-30 годин на тиждень).

Стандарт когнітивно-поведінкових втручань включав поетапне, а у разі потреби, комбіноване проведення декількох реабілітаційних тренінгів. Були виділені:

- тренінги сенсорної стимуляції та інтеграції;
- спеціалізовані когнітивні тренінги (загальної перцепції, наслідування, шкільних навичок);
- біхевіоральні тренінги, спрямовані на елімінацію небажаних форм поведінки;
- тренінги соціального функціонування (соціальної перцепції, емоційної когніції, елементарних навичок соціального функціонування: прийому їжі, особистої гігієни, спілкування з однолітками, використання побутових приладів, поведінки в класі тощо).

За необхідності (відсутності експресивної мови або на перших етапах її розвитку) використовували елементи методик альтернативної комунікації (полегшена комунікація, ярлики, піктограми).

На першому етапі терапії дитини із РСА основним завданням було усунення наслідків впливу психопатологічних розладів на психомоторний розвиток дитини.

Основними формами психосоціального втручання при роботі з наслідками психопатологічних розладів у другій та третій групах були:

- створення контакту з дитиною;
- подолання нейрофізіологічних проблем за допомогою методів сенсорної стимуляції та інтеграції;
- вироблення вміння звертати увагу до елементів навколишнього середовища, особливо до соціальних стимулів, що є необхідним елементом процесу навчання;
- елімінація дезадаптивної поведінки шляхом поведінкової терапії за одночасною участю дітей та батьків;
- робота з експресивною мовою;
- формування навичок наслідування;
- гра іграшками відповідно до їх призначення;
- формування комунікативних навичок.

Сенсорна стимуляція та інтеграція забезпечувалися при проведенні стимуляційних секвенцій – комплексів вправ, спрямованих на подолання порушень сенсорного сприйняття і зменшення аутостимуляцій. Сенсорні секвенції призначали на підставі результатів сенсорної діагностики індивідуально для кожного пацієнта. У секвенції включалися вправи, адресовані до всіх основних видів сприйняття:

- дотикового (стимуляція кінцівок рук, стоп, обличчя і ротової порожнини, поверхні тіла);
- зорового (вправи у темній кімнаті, стимуляція зору за допомогою яскравих предметів);
- нюхового (стимуляція різкими і слабкими подразниками залежно від виду порушення чутливості: гіпо- або гіперчутливості);

- вестибулярного (повороти, перекиди, стрибки на пружинястій поверхні);
- смакового (презентація смакових подразників);
- пропріочутливості (стимуляція глибокого суглобового відчуття).

Особливе значення мала стимуляція слуху, оскільки в дітей із РСА часто діагностуються тинітуси (шум у вухах), або вони мають підвищену слухову чутливість до окремих видів подразників.

Стимуляційні секвенції проводили двічі-тричі на день. Секвенції переглядали кожного місяця. Вправи ускладнювали, вводили нові подразники, після досягнення певних успіхів (можливість залучення і нетривалого утримання зорової уваги, виконання простих інструкцій) в секвенцію додатково вводили елементи когнітивного тренінгу (інформаційні біти, вправи на крупну моторику, зорово-моторну координацію, наслідування).

На другому етапі терапії дитини із РСА метою терапії було досягнення максимального рівня когнітивного та соціального функціонування, забезпечення можливості самостійного існування.

Психосоціальні втручання передбачали:

- діагностику рівня пізнавального функціонування і корекцію навчання від секвенцій з окремими когнітивними вправами через додаткові спеціальні педагогічні тренінги до індивідуальних навчальних програм;
- формування комунікативних навичок;
- трансформацію навичок використання допомоги в самостійну діяльність;
- вироблення альтернативних форм комунікацій за відсутності експресивної мови;
- формування окремих навичок соціальної взаємодії.

Когнітивні тренінги проводилися з батьками за індивідуальною програмою у вигляді щоденних коротких занять тривалістю 15-20 хвилин. За необхідності призначали додаткові (1-2 рази на тиждень) індивідуальні заняття з корекційними педагогами.

Мета кожного когнітивного тренінгу була індивідуальною і залежала від рівня когнітивного функціонування дитини. На початковому рівні занять акцент робили на розвитку наслідування, перцепції, крупної та дрібної моторики. При вищому рівні функціонування дитини включали вправи для розвитку зорово-моторної координації, пізнавальних функцій і мови. Вищому рівню складності, доступному лише частині дітей, відповідали тренінги емоційної когніції та соціальної перцепції. Вони проводилися для того, щоб навчити дитину розумінню власних і звернених емоцій: розумінню схематично зображених емоцій, градації відчуттів, зв'язку емоцій із соціальними ситуаціями, оцінці та можливості передбачення емоційних реакцій інших людей, соціально прийнятим формам виразу емоцій, а також навичкам соціальної комунікації.

## Результати дослідження

### *Порівняльна характеристика ефективності когнітивно-поведінкових втручань та терапії рисперидоном у дітей із РСА*

Динаміка симптоматики, специфічної для РСА, наведена на рисунку 1.

При повторному оцінюванні дітей в першій та третій групах за шкалою CARS у 56 чоловік (66,7% вибірки) мало місце «виражене чи істотне покращання» за відсутності ознак аутизму чи наявності легких або помірних проявів порушень загального розвитку, у 12 (28,6%) – «незначне покращання» та збереження «легких або помірних проявів РСА», у 8 (19,0%) психічний стан залишався без значимих змін, спостерігалися «тяжкі прояви РСА». У 2 дітей динаміка балів за шкалою CARS свідчила про погіршання клінічного стану та збереження «виражених ознак РСА».

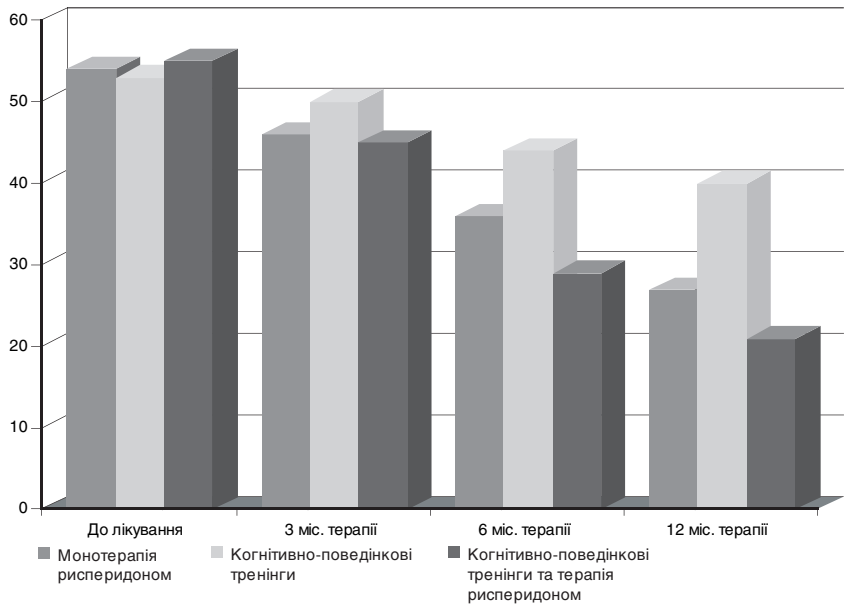


**Рис. 1. Особливості редукції загальної виразності симптомів РСА при різних терапевтичних стратегіях за шкалою CARS (респондери до терапії у місяцях відставання за PEP-R)**

У 15 дітей (35,7%) з тих, що отримували комплексне лікування у вигляді когнітивно-поведінкових втручань та терапії рисперидоном (третя група), при повторному оцінюванні за шкалою CARS встановлено «відсутність ознак аутизму». У 8 (19,0%) дітей спостерігалося «незначне покращання» клінічного стану до рівня «легких або помірних проявів РСА». У 4 (9,5%) пацієнтів стан «залишався без змін» і зберігалися «тяжкі прояви РСА».

У 16 (38,1%) дітей з тих, що отримували медичну допомогу виключно у вигляді когнітивно-поведінкових тренінгів, динаміка за CARS оцінена як «незначне покращання», або стан «залишався без змін». Показники скринінгу симптоматики свідчили про наявність «тяжких проявів РСА». З остаточного аналізу виключені 5 рандомізованих дітей, у яких через недисциплінованість батьків не був у повному обсязі виконаний протокол когнітивно-поведінкових втручань.

При підсумковій оцінці за шкалою CARS загальної динаміки клінічного стану у третій групі «виражене» й «істотне» покращання та «легкі або помірні прояви аутизму» чи «відсутність ознак аутизму» спостерігалися у 32 рандомізованих дітей (76,2% вибірки).

Вибір терапії істотно впливав як на швидкість, так і на виразність редукції симптомів РСА.

Протягом перших трьох місяців терапії симптоми РСА найшвидше редукувалися у групах дітей, які отримували рисперидон. До кінця третього місяця терапії редукція за CARS в першій та третій групах була приблизно однаковою. Найвищий рівень редукції симптоматики досягнутий у дітей, оцінених за допомогою сенсорної діагностики як «гіперчутливих». Усі вони при повторному оцінюванні визначені як респондери до терапії рисперидоном.

При подальшій монотерапії препаратом швидкість редукції симптоматики РСА сповільнювалася. Максимальний середній рівень редукції симптомів аутизму за CARS у першій групі був досягнутий між 6-12 місяцями терапії.

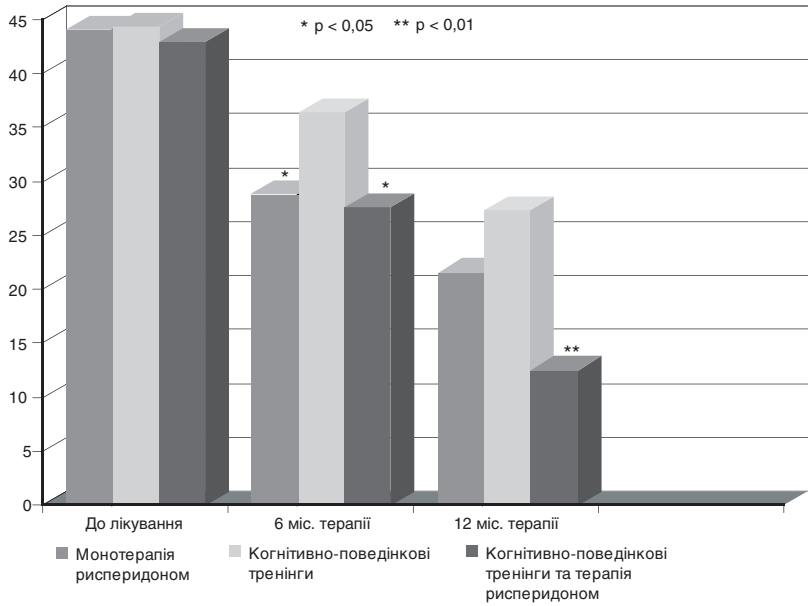


**Рис. 2. Вплив різних терапевтичних стратегій на тяжкість відставання рівня розвитку наслідування у дітей із РСА (респондери до терапії у місяцях відставання за PEP-R)**

Когнітивно-поведінкові втручання в цілому слабко впливали на редукцію симптомів РСА. Максимального середнього рівня редукції симптоматики по CARS вдавалося досягти до 6-го місяця терапії й переважно у дітей, оцінених за допомогою сенсорної діагностики як гіпочутливих.

Найбільш гармонійна редукція симптоматики за CARS упродовж усього дослідження спостерігалася в третій групі. При комплексному застосуванні рисперидону та когнітивно-поведінкових втручань між третій та шостим місяцями терапії вдавалося досягти максимального середнього рівня редукції та симптоматики за CARS.

Таким чином, ступінь редукції симптоматики за CARS протягом 12 місяців спостереження відрізнявся у групах порівняння. У дітей, котрі отримували когнітивно-поведінкову терапію та рисперидон, ступінь редукції клінічних проявів за CARS перевищував рівні, досягнуті в групах дітей, які отримували тільки рисперидон або виключно когнітивно-поведінкову терапію.

Лікування в цілому можна вважати ефективним за умови досягнення рівня редукції психопатологічної симптоматики за шкалою CARS до рівня, який можна визначити як «легкі прояви аутизму» або «відсутність ознак аутизму». Таку ефективність у дітей із РСА отримували переважно при застосуванні комбінованої терапії.

### *Порівняльна характеристика впливу когнітивно-поведінкових тренінгів та терапії рисперидоном на психомоторний розвиток дітей із РСА*

Вплив терапії рисперидоном та когнітивно-поведінкових тренінгів на виразність відставання рівня розвитку наслідування у дітей із РСА від вікової норми (у місяцях за PEP-R) – респондерів до лікування представлено на рисунку 2.

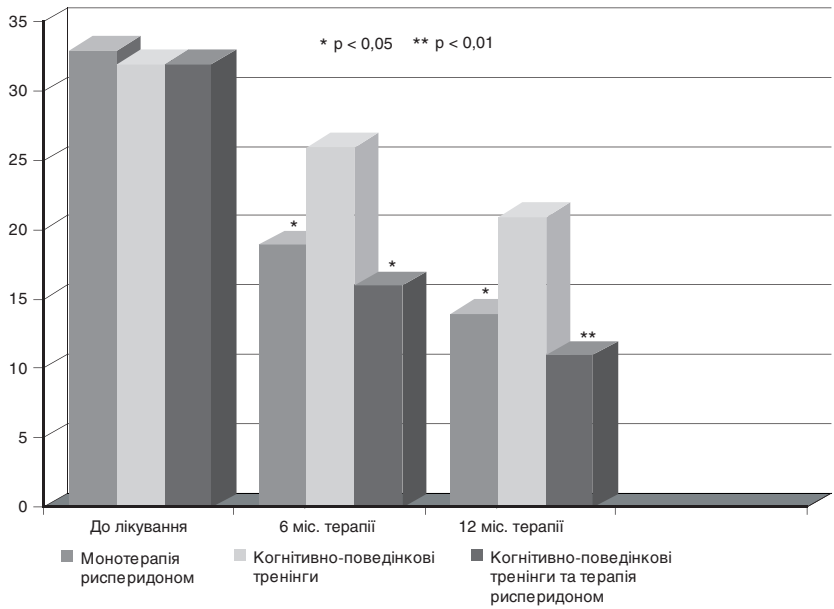


**Рис. 3. Вплив різних терапевтичних стратегій на тяжкість відставання рівня розвитку перцепції у дітей із РСА (респондери до терапії у місяцях відставання за PEP-R)**

Затримка формування здатності дитини до наслідування на момент першої рандомізації була така ж, як у всіх групах порівняння і складала 42,3 ± 5,5 місяців. Після монотерапії рисперидоном на час повторного оцінювання у першій групі відставання у формуванні навику скоротилося на 16,0 ± 3,4 (38,1%), в другій групі – на 11,3 ± 3,4 (26,2%) місяця.

Динаміка показників на момент повторного оцінювання у третій групі достовірно не відрізнялася від першої групи. До кінця дослідження переваги комбінованої порівняно з монотерапією рисперидоном й ізольованим застосуванням когнітивно-поведінкових тренінгів стали наочними: відставання у формуванні навику в першій групі скоротилося на 47,6% ($p < 0,05$), у другій – на 41,8%, у третій – на 73,2% ($p < 0,001$).

Вплив терапії рисперидоном і когнітивно-поведінкових тренінгів на виразність відставання рівня розвитку перцепції у дітей із РСА від вікової норми (у місяцях за PEP-R) – респондерів до лікування представлено на рисунку 3.

Протягом перших трьох-шести місяців терапії порушення перцепції найшвидше редукувалися у групах дітей, які отримували рисперидон. До часу повторного оцінювання зменшення відставання в розвитку перцепції в першій та третій групах складало 40-50%. Найвищий рівень розвитку перцепції досягнутий у дітей, оцінених за даними сенсорної діагностики як гіперчутливі. Усі вони на момент повторного оцінювання оцінені як респондери до терапії рисперидоном. При подальшій монотерапії препаратом розвиток перцепції у дітей із РСА сповільнювався.

Найбільш гармонійний розвиток перцепції впродовж всього дослідження спостерігався у третій групі. При комплексному застосуванні рисперидону та когнітивно-поведінкових втручань між 10 і 12 місяцями терапії вдавалося досягти 70% рівня редукції відставання в розвитку процесів перцепції.

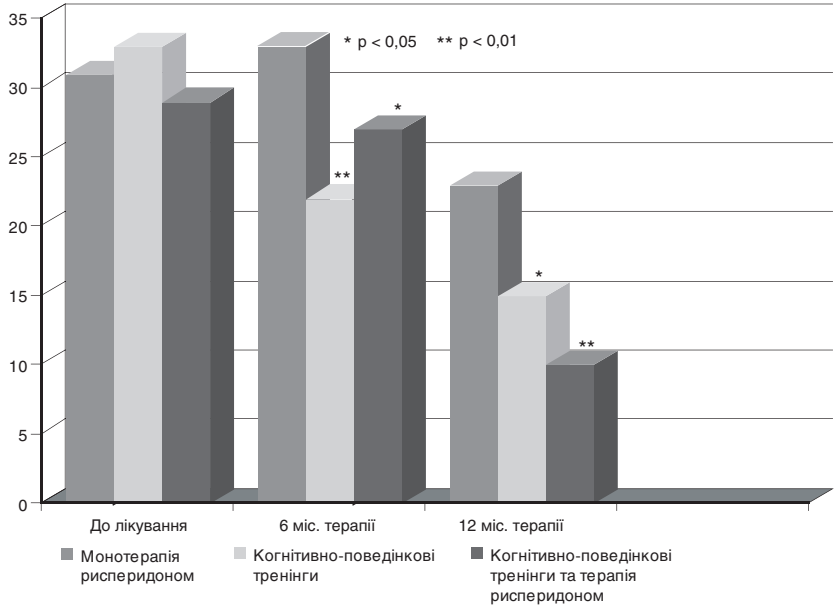


**Рис. 4. Вплив різних терапевтичних стратегій на тяжкість відставання розвитку дрібної моторики у дітей із РСА (респондери до терапії у місяцях відставання за PEP-R)**

Когнітивно-поведінкові тренінги в цілому незначною мірою впливали на розвиток перцепції у дітей із РСА. Зменшення відставання в розвитку ~ 30% вдалося досягти до 12 місяця терапії переважно у дітей, що були оцінені за допомогою сенсорної діагностики як гіпочутливі.

Вплив терапії рисперидоном і когнітивно-поведінкових втручань на виразність відставання рівня розвитку дрібної моторики у дітей із РСА від вікової норми (у місяцях за PEP-R) представлено на рисунку 4.

Оцінюючи динаміку розвитку дрібної моторики в групах порівняння слід констатувати, що тренінг дрібної моторики, в цілому, є ефективнішою формою інтервенції для дітей з РСА, ніж терапія рисперидоном. На момент повторної рандомізації в першій та третій групах відставання у розвитку функції від вікової норми істотно не змінилося, тоді як у другій групі зменшилося на 38,3 ± 6,2%.

У частини дітей із вираженою резидуально-органічною симптоматикою терапія рисперидоном до часу повторного оцінювання призводила до погіршання дрібної моторики через появу екстрапірамідних порушень. Велику частину цих пацієнтів при повторному обстеженні ми віднесли до нонреспондерів.

Вплив терапії рисперидоном і когнітивно-поведінкових тренінгів на виразність відставання рівня розвитку крупної моторики у дітей з РСА від вікової норми (у місяцях за PEP-R) представлено на рисунку 5.

Терапія рисперидоном істотно не впливала на розвиток крупної моторики у дітей з РСА. Деяке покращання показників у дітей з РСА на початку терапії корелювало з усуненням гіперактивності та покращанням концентраційної функції уваги. У частини дітей із резидуальною енцефалопатичною симптоматикою тривала терапія рисперидоном призводила до погіршання показників крупної моторики.

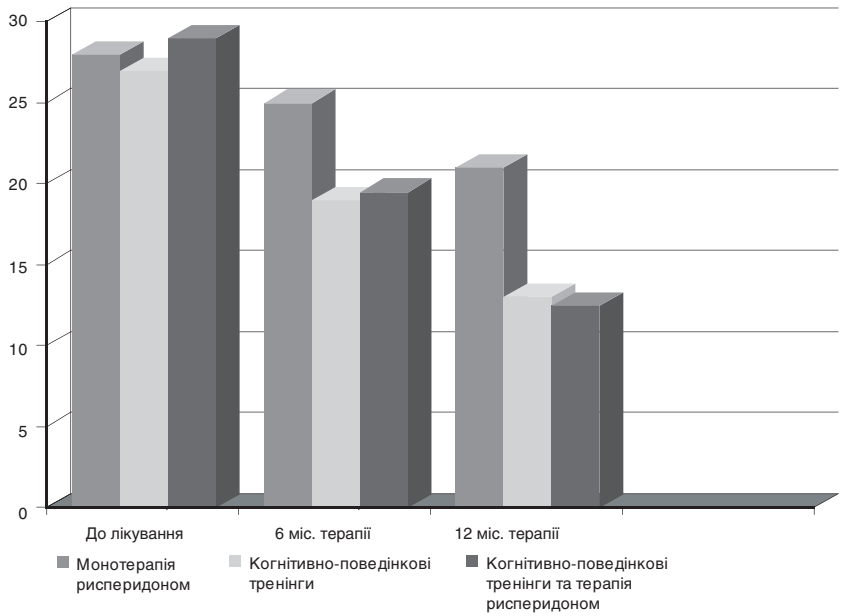


**Рис. 5. Вплив різних терапевтичних стратегій на тяжкість відставання рівня розвитку крупної моторики у дітей із РСА (респондери до терапії у місяцях відставання за PEP-R)**

Поєднання терапії рисперидоном і тренінгів крупної моторики було неефективним і не приводило до підвищення ефективності реабілітації.

Вплив терапії рисперидоном і медико-соціальної реабілітації на виразність відставання рівня розвитку зорово-моторної координації у дітей із РСА від вікової норми (у місяцях за PEP-R) – респондерів до лікування представлено на рисунку 6.

Призначення рисперидону протягом перших трьох місяців терапії приводило до достовірного ($p < 0,05$) зменшення відставання показників розвитку зорово-моторної координації у дітей з РСА від вікової норми. Відставання від вікової норми в першій групі на момент повторної рандомізації зменшилося на 31,8%. Подальша позитивна динаміка навіть у респондерів до лікування була менш значимою. За період із 3-го по 12-й місяць терапії відставання від вікової норми додатково зменшилося лише на 20%.

Когнітивно-поведінкові тренінги, зокрема тренінги зорово-рухової координації, також приводили до зменшення відставання показників її розвитку від вікової норми, але позитивна терапевтична динаміка досягала рівня статистично-достовірних змін ($p < 0,05$) лише до 10-12-го місяця лікування. За час дослідження відставання показників розвитку зорово-рухової координації від вікової норми скоротилося на 33,3%.

Поєднання терапії рисперидоном і тренінгу зорово-рухової координації забезпечувало гармонійну позитивну динаміку впродовж усього періоду дослідження. За перші 6 місяців терапії відставання від вікової норми скоротилося на 32,6%, за подальші 6 місяців – на 50%. Комбіноване лікування з погляду розвитку зорово-рухової координації було ефективнішим, ніж проведення ізольованого тренінгу зорово-моторної координації ($p < 0,01$) і монотерапії рисперидоном ($p < 0,05$).

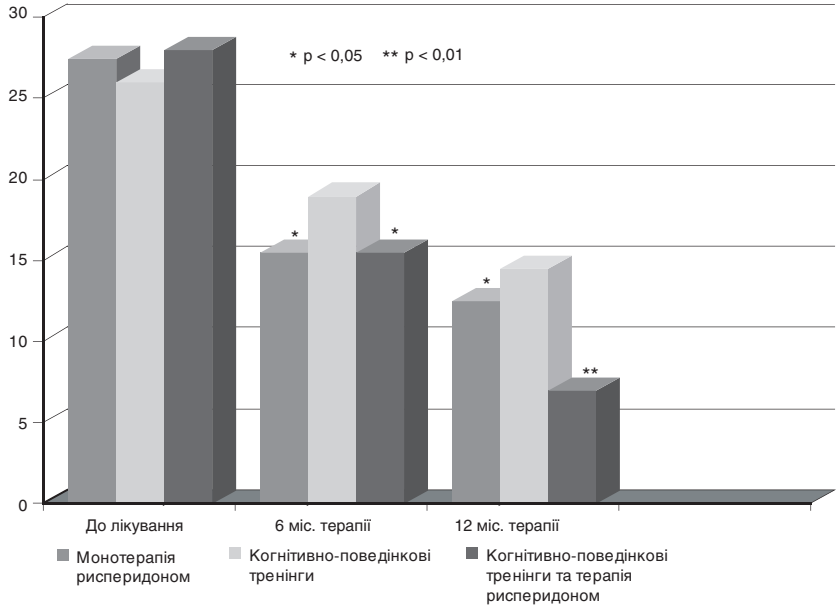


**Рис. 6. Вплив різних терапевтичних стратегій на тяжкість відставання рівня розвитку зорово-рухової координації у дітей із РСА (респондери до терапії у місяцях відставання за PEP-R)**

Вплив терапії рисперидоном і когнітивно-поведінкових тренінгів на розвиток пізнавальних функцій у дітей із РСА представлений на рисунку 7.

Оцінюючи вплив терапії рисперидоном на пізнавальні функції дітей із РСА, ми відзначали позитивну динаміку показників когнітивного функціонування, яка була максимально виражена у перші місяці лікування. Відставання від вікової норми в першій групі на момент повторного обстеження зменшилося майже удвічі. Ефективність терапії рисперидоном, яку оцінювали за клінічною динамікою за 12 місяців лікування, була удвічі вищою, ніж ефективність ізольованого застосування когнітивно-поведінкових тренінгів.

У першій групі відставання когнітивного функціонування від вікової норми до кінця дослідження скоротилося на 65,9%, у другій – на 39,5%.

При тривалій терапії ефективність комбінованого застосування медико-соціальної реабілітації та рисперидону (у респондерів) була вищою, ніж при психофармакотерапії й ізольованій когнітивно-поведінковій терапії. За перші 6 місяців лікування відставання у розвитку пізнавальних функцій від вікової норми скоротилося у третій групі на 56,5%, за подальші 6 місяців – на 70%. Вплив терапії рисперидоном і когнітивно-поведінкових тренінгів на розвиток комунікації і мови у дітей з РСА представлений на рисунку 8.

У дітей з афазією розвитку віком від 3 до 5 років призначення рисперидону у 80% випадків через 5-6 місяців лікування приводило до появи мови (окремих слів). При поєднаному застосуванні рисперидону (сенсорної інтеграції, когнітивного тренінгу в рамках індивідуальних секвенцій) і логопедичного масажу, мова з'являлася через 3-5 (в середньому 4 ± 1,1) місяців терапії.

Через рік терапії рівень комунікації та мови у дітей з РСА був вищий у разі комбінованого застосування рисперидону і виконання родиною індивідуальної реабілітаційної

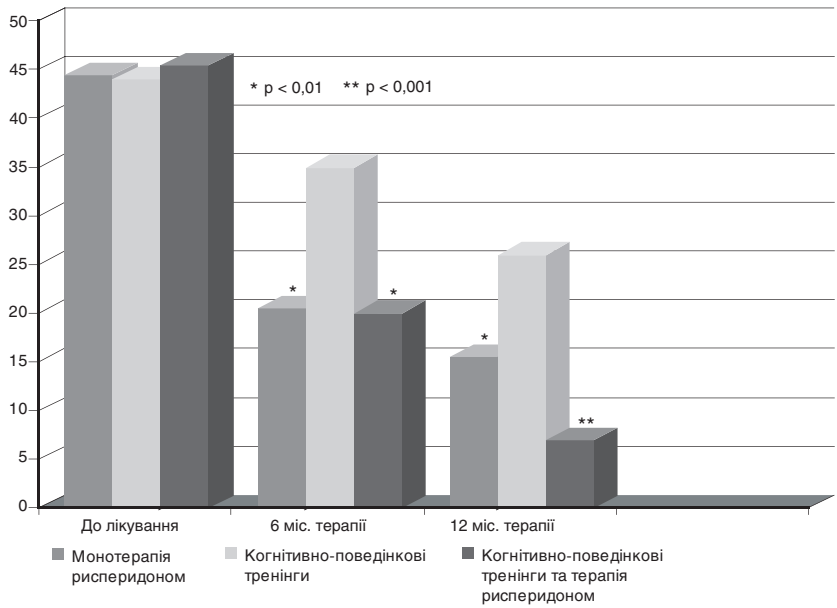


**Рис. 7. Вплив різних терапевтичних стратегій на тяжкість відставання рівня розвитку пізнавальних функцій у дітей із РСА (респондери до терапії у місяцях відставання за PEP-R)**

програми. За період до повторного обстеження відставання у формуванні комунікації та мови у першій групі скорочувалося на 41,4%, у другій – на 7,1%, у третій – на 44,8%. За подальші 6 місяців лікування відставання розвитку комунікації та мови у дітей з РСА, які входили до першої групи, скоротилося на 17,6%, до другої – на 24,5%, до третьої – на 38,2%.

На момент повторного обстеження у вибірках дітей, які отримували монотерапію рисперидоном (перша група) і комбіноване лікування рисперидоном на тлі когнітивно-поведінкових втручань (друга група), середні рівні редукції показників відставання загального функціонування від вікової норми були співвідносні за величиною, але статистично достовірно перевищували показники клінічної динаміки при ізольованому застосуванні когнітивно-поведінкових тренінгів. До кінця дослідження інтегральний показник загального функціонування у третій групі статистично достовірно перевищував показники у першій та другій групах.

Узагальнюючи вищенаведені результати можна дійти висновку, що когнітивно-поведінкові втручання разом із тривалою терапією низькими (1-3 мг/добу) дозами рисперидону ефективніші при корекції у дітей із РСА, ніж монотерапія антипсихотиками або ізольована медико-соціальна реабілітація.

Поєднання лікування рисперидоном із медико-соціальною реабілітацією створює кращі передумови для мовного, когнітивного розвитку дитини і подолання проблем у сфері комунікації та соціального функціонування. Результати дослідження показують, що тривалу терапію низькими дозами рисперидону при гарній індивідуальній прийнятності можна використовувати для потенціювання ефективності соціальної реабілітації у дітей із РСА з 2-4-річного віку.

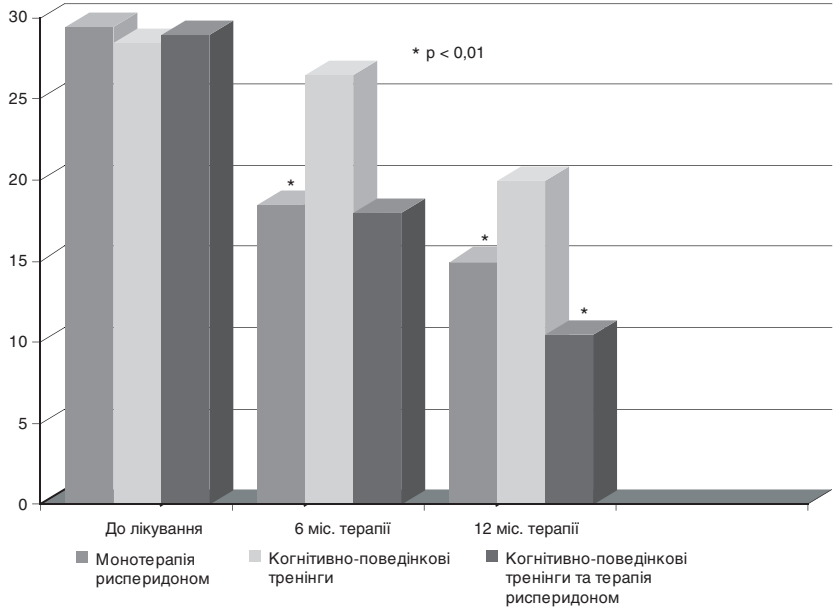


**Рис. 8. Вплив різних терапевтичних стратегій на тяжкість відставання рівня розвитку комунікації та мови у дітей із РСА (респондери до терапії у місяцях відставання за PEP-R)**

### *Вплив когнітивно-поведінкових втручань та терапії рисперидоном на якість життя дітей із РСА та членів їхніх родин*

Показники оцінювання впливу терапії рисперидоном і когнітивно-поведінкових втручань на якість життя дитини з РСА та її сім'ї представлені на рисунку 9.

Результати дослідження доводять, що батьки дітей, котрі отримували допомогу виключно в формі когнітивно-поведінкових тренінгів до кінця періоду контрольованого дослідження, оцінювали свою якість життя нижче порівняно з батьками дітей, які приймали рисперидон та отримували комплексну терапію. При цьому завантаженість діагностичними і терапевтичними заходами, а також проблемами, пов'язаними з хворобою, у них були вищими.

Монотерапія рисперидоном порівняно із когнітивно-поведінковими втручаннями дозволяє забезпечити не менш високу якість життя дитини при нижчій завантаженості батьків проблемами, пов'язаними як із хворобою, так і з діагностичними та терапевтичними заходами.

При поєднанні терапії рисперидоном із медико-соціальною реабілітацією у дітей із РСА вдавалося досягти більш високих показників якості життя дитини при меншій порівняно з монотерапією рисперидоном та ізольованими когнітивно-поведінковими втручаннями завантаженістю батьків проблемами, пов'язаними з хворобою. Але при цьому завантаженість діагностичними та терапевтичними заходами, пов'язаними з дитиною, такі батьки оцінювали як вищу.

## Висновки

1. Мета медикаментозної терапії дітей з РСА – усунення поведінкових розладів та підвищення ефективності когнітивно-поведінкових втручань, спрямованих на корекцію

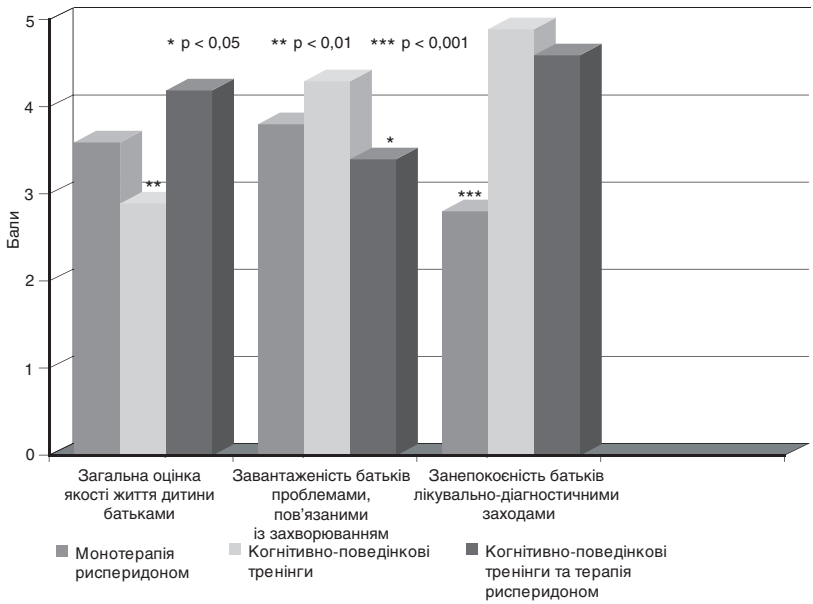


**Рис. 9. Вплив різних терапевтичних стратегій на якість життя дітей із РСА та їхніх сімей за підшкалами ILK**

порушень розвитку та досягнення максимально можливого рівня когнітивного та соціального функціонування.

2. Ступінь редукції симптомів РСА за CARS у разі призначення рисперидону на тлі когнітивно-поведінкових втручань був вищим, аніж при монотерапії рисперидоном або при ізольованому застосуванні медико-соціальної реабілітації. Комбіноване застосування рисперидону та когнітивно-поведінкових втручань також корелює з більш позитивною динамікою показників розвитку за PEP-R.

3. Найбільш гармонійний розвиток перцепторних процесів спостерігався у групі дітей, котрі отримували когнітивно-поведінкові тренінги та терапію рисперидоном. У цих дітей протягом 12 місяців контрольованого дослідження вдавалося досягти 70% рівня редукції відставання у розвитку. Когнітивно-поведінкові тренінги в цілому незначною мірою впливали на розвиток перцепції у дітей із РСА. Зменшення відставання в розвитку на 30% вдавалося досягти переважно у дітей, оцінених за допомогою скринінгу сенсорних процесів як гіпочутливих.

4. Тренінги дрібної моторики, в цілому, є більш ефективнішою формою інтервенції для дітей із РСА, ніж терапія рисперидоном. Лікування рисперидоном у дітей із РСА істотно не впливає на розвиток крупної моторики. Деяке покращання показників цієї функції у дітей із РСА на початку терапії корелює з усуненням гіперактивності та покращанням концентраційної функції уваги. Поєднання лікування рисперидоном і тренінгів зорово-рухової координації було ефективнішим, аніж монотерапія рисперидоном ($p < 0,05$) та ізольовані реабілітаційні тренінги ($p < 0,01$).

5. При тривалому комбінованому застосуванні когнітивно-поведінкових тренінгів та терапії рисперидоном у дітей із РСА показники розвитку пізнавальних функцій були

вищими, ніж при ізольованому застосуванні цих втручань. За перші 6 місяців лікування відставання у розвитку пізнавальних функцій від вікової норми у дітей цієї групи скоротилося на 56,5%, за подальші 6 місяців – 70%. При монотерапії рисперидоном відставання когнітивного функціонування від вікової норми до кінця дослідження скоротилося на 65,9%, при проведенні виключно когнітивно-поведінкових тренінгів – на 39,5%.

6. Рівень розвитку комунікації і мови через рік лікування у дітей із РСА був вищий у разі застосування терапевтичної стратегії, що передбачала комбіноване застосування рисперидону і виконання сім'єю індивідуальної програми когнітивно-поведінкових тренінгів. За 6 місяців контрольованого дослідження відставання у формуванні комунікації та мови при монотерапії рисперидоном скоротилося на 41,4%, при ізольованих когнітивно-поведінкових тренінгах – 7,1%, при комбінованому застосуванню втручань – 44,8%. За наступні 6 місяців лікування відставання розвитку комунікації та мови у дітей із РСА при монотерапії рисперидоном скоротилося на 17,6%, медико-соціальної реабілітації – 24,5%, медико-соціальної реабілітації на тлі прийому рисперидону – 38,2%.

7. Результати дослідження доводять, що батьки дітей із РСА, котрі отримували допомогу виключно у формі когнітивно-поведінкових тренінгів до кінця періоду контрольованого дослідження, оцінювали свою якість життя як нижчу порівняно з батьками дітей, які лікувалися рисперидоном та отримували комплексне лікування. При цьому завантаженість діагностичними і терапевтичними заходами, а також проблемами, пов'язаними з хворобою, у них були вищими.

8. Медико-соціальна реабілітація, що поєднується із тривалою терапією низькими (1-3 мг/добу) дозами рисперидону, є більш ефективною у дітей із РСА, ніж монотерапія рисперидоном або когнітивно-поведінкові тренінги. Тривале лікування низькими дозами рисперидону у формі розчину для перорального застосування добре переноситься дітьми дошкільного та шкільного віку. Добова доза має становити 1-3 мг/добу, розподілені на 3-4 прийоми. Предикторами ефективності препарату є гіперсенсорні перцепторні порушення, стереотипні рухові розлади, порушення поведінки. Предикторами ризику виникнення побічних ефектів є гіпосенсорні перцепторні розлади та ознаки органічного дизонтогенезу.

## Література


1. Eaves et al. Screening for autism: Agreement with diagnosis // Autism. – 2006. – V. 10, № 3. – P. 229-242.
2. Spence S.J., Sharifi P., Wiznitzer M. Autism spectrum disorder: screening, diagnosis, and medical evaluation // Semin Pediatr Neurol. – 2004. – V. 11. – P. 186-195.
3. Brereton A., Tonge B. Autism and related disorders // Section of Psychiatry of Mental Retardation, World Psychiatric Association. – 2002. – P. 1-24.
4. Chakrabarti S., Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children // JAMA. – 2001. – V. 285. – P. 3093-3099.
5. Tsai LY. Medical treatment in autism // In: Zager D.B.. Autism: identification, education and treatment. – London: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1999. – P. 199-257.
6. Звіт про захворювання осіб із розладами психіки та поведінки за 2008 рік. – Міністерство охорони здоров'я України, 2009.
7. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Ткачова О.В. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму // Методичні рекомендації, 2009. – 46 с.
8. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Дружинська О.В., Ткачова О.В. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму // Здоров'я України: Медична газета, 2008. – № 23/1. – С. 58 – 63.
9. Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations. Autism / Pervasive Developmental Disorders: Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years). – 1999. – P. 322.

10. Berney T.P., Corbett J. Management of pervasive developmental disorders // Treating mental illness and behaviour disorders in children and adults with mental retardation. – Washington, DC: American Psychiatric Press, – 2001. – P. 451-466.

11. Edward F. Yazbak, M.D. Autism in the United States: Perspective // Journal of American Physicians and Surgeons. – 2003. – №. 4, V. 8. – P. 103-107.

12. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Дружинська О.В. Базові принципи надання медичної допомоги дітям з розладами загального розвитку – розладами зі спектру аутизму // НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. – 2007. – № 1, Вип. 2. – С. 29 – 35; № 2, Вип. 3. – С. 32-38.

13. Марценковський І.А., Дружинська О.В. Принципи медико-соціальної реабілітації дітей з розладами спектру аутизму (порушеннями загального розвитку) // Соціальна педіатрія: Зб. наук. праць. – К.: Інтермед, 2005. – Вип. 3. – С. 304-308.

14. Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Дружинська О.В. Психофармакотерапія розладів загального розвитку у дітей // Арх. психіатрії. – 2003. – Т. 10, № 2 (37). – С. 15-25.

15. Henry W.M Psychopharmacology in Autism Spectrum Disorders // Curr. Opin Psychiatry. – 2003. – V. 16 (5). – P. 529-534.

16. Treatment with atypical antipsychotics: New indications and new populations /Glick I.D., Murray S.R., Vasudevan P., Marder S.R., Hu R.J.// J Psychiatr Res. – 2001. – V.35. – P.187-191.

17. Марценковский И.А., Бикшаева Я.Б. и др. Влияние рисполепта на когнитивное функционирование и эффективность медико-социальной реабилитации у подростков, больных шизофренией и детей с общими нарушениями развития // Архив психиатрии. – 2001. – В. l. – С. 129 - 136.

18. Марценковский И.А., Бикшаева Я.Б., Дружинская А.В. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) / Дмитриева Т.Н., Дмитриева И.В., Каткова Е.Н., Барсукова И.К. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – № 4. – С. 39-42.

19. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition // APA. – Washington DC, 1994. – 265 p.

20. Yeargin-Allsopp M., Rice C., Karapurkar T., et al. Prevalence of autism in US metropolitan area // JAMA. – 2003. – V. 289. — P. 49-55.

21. Arnold L.E., Aman M.G., Martin A. et al. Assessment in multisite randomized clinical trials of patients with autistic disorder: The Autism RUPP Network // J Autism Dev Disord. – 2000. – V. 30. – P. 99-111.

22. Schopler E., Reichler R. J., Bashford A. i in. Profil psychoedukacyjny PEP-R : (wersja poprawiona) — Gdacsk : Wyd. 1 w jkz. pol., Stowarzyszenie Pomocy Osobom Autystycznym. — 1995. – 3 T.

23. Schopler E. et al. Individualised Assessment and Treatment for Autistic and Developmentaly Disabled Children, V. 1: Psychoeductional Profile-Revised (PEP-R) // TX: Pro-Ed. — Austin, 1990.

24. Schopler E., Mesibov G.B. Learning and Cognition in Autism // NY: Plenum Press, 1995.

25. Spence SJ, Sharifi P, Wiznitzer M. Autism spectrum disorder: screening, diagnosis, and medical evaluation // Semin Pediatr Neurol. — 2004. — V. 11. — P. 186-195.

26. Clinical Practice Guideline: The Guideline Technical Report. Autism/Pervasive Developmental Disorders, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years) // Washington. — 1999. — 434 p.

27. Early indicators of autism spectrum disorders in the second year of life. Wetherby A.M., Woods J., Allen L. et al. // J Autism Dev Disord. — 2004 — V. 34 — P. 473-493.

# Протиепілептичні препарати та інші засоби лікування епілепсій у дітей із розладами спектра аутизму

*І.А. Марценковський,*
*Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ*

Аутизм, надалі розлади спектра аутизму (РСА), є спектром симптомокомплексів порушень загального розвитку та соціальної поведінки, при яких, як це визначено у МКХ-10, спостерігаються якісні порушення соціальної взаємності, комунікації та стереотипні/повторювані рухи і форми поведінки. Розрізняють: синдром Канера, атиповий аутизм, синдром Аспергера, дезінтегративний розлад, інші порушення загального розвитку, зокрема синдром Ретта та гіперактивний розлад з розумовою відсталістю і стереотипними рухами.

Епілепсії є найпоширенішими коморбідними розладами, які діагностуються в осіб з аутизмом. Судоми можуть вперше виникати протягом першого року життя, до діагностики РСА, у підлітковому та дорослому віці. Епілепсії розвиваються у 11-39% осіб з аутизмом; 10-18% дітей із РСА страждають на інфантильні спазми (синдром Веста) [1-2]. Поширеність епілепсій у когорті хворих на РСА значно перевищує таку в популяції [3]. Аналогічне збільшення поширеності епілепсій спостерігається також в когорті осіб з інтелектуальною недостатністю [4-5].

Фактори ризику епілепсії та аутизму відомі, але причинно-наслідкові взаємозв'язки коморбідності цих розладів є суперечливими і вимагають подальших досліджень:

- епілептичний процес може передувати первазивним порушенням розвитку та формуванню аутистичної поведінки;
- перебіг РСА може ускладнюватися епілептичними нападами, зокрема при застосуванні нейрометаболічних препаратів;
- епілепсії та РСА можуть бути проявами єдиного патологічного процесу, результатом порушення нейророзвитку мозку.

За даними електроенцефалографічних досліджень (ЕЕГ), у дітей із РСА часто реєструються вогнища епілептиформної та специфічної епілептичної активності, які корелюють з підвищеним ризиком виникнення епілептичних припадків у майбутньому. Згідно з даними інших досліджень, патологічні нейрофізіологічні феномени в осіб із РСА мають причинно-наслідковий взаємозв'язок з поведінковими та емоційно-вольовими порушеннями, які розглядаються як епілептичні пароксизми [6-12].

Дискусійним залишається питання щодо терапії у випадках подвійної діагностики аутизму та епілепсії. РСА асоціюються з гіперзбудливістю кори головного мозку, ймовірно, внаслідок недостатності кортикальної інгібуючої системи. Це дозволяє припустити, що специфічні протиепілептичні препарати (ПЕП) можуть бути ефективними у лікуванні психічних розладів при РСА, зокрема емоційної нестабільності, дратівливості, рухової розгальмованості [13]. ПЕП, що стимулюють нейротрансмісію γ-аміномасляної кислоти,

можуть бути більш ефективним засобом лікування для осіб із РСА, ніж блокатори глутаматергічної системи. Не пов'язані з антисудомною активністю тимоізолептичні ефекти ПЕП можуть бути корисні при регуляції порушень настрою та рухової активності [14]. У той же час, при використанні ПЕП у хворих на РСА слід очікувати більшої частоти та тяжкості таких побічних ефектів, як зниження уваги та пізнавальної активності [15-16]. Оскільки пацієнти з РСА вже мають проблеми з увагою, настроєм і пізнавальною здатністю, призначення ПЕП, що мають такі побічні ефекти, може призвести до погіршення загального функціонального стану навіть при досягненні контролю над судомами. Зниження уваги при аутизмі з тяжкими порушеннями активності та уваги може асоціюватися із тяжкою руховою розгальмованістю, аж до польової поведінки та апрозексії.

Було проведене дослідження, мета якого полягала у визначенні ПЕП із кращою ефективністю та безпекою використання у дітей з РСА. Виборку склали діти, включені до реєстру хворих на РСА відділу психічних розладів дітей та підлітків УНДІ ССПН.

Діагноз РСА виставляли за результатами стандартної діагностичної процедури, що включала напівструктуроване інтерв'ю з батьками для скринігу симптомів аутизму (ADI-R) та напівструктуроване оцінювання аутистичних форм поведінки дитини (ADOS). За результатами скринінгу проводилася перевірка відповідності наявних клінічних ознак психічного розладу в дитини діагностичним критеріям DSM-IV.

Були рандомізовані 1535 дітей із РСА. Основну групу склали 733 дитини: 548 із судомними епілептичними припадками в анамнезі (підгрупа $I_A$) та 185 із субклінічними станами (проявами специфічної епілептичної активності на ЕЕГ) (підгрупа $I_B$). До контрольної когорти були відібрані 802 дитини з РСА без епілептичних пароксизмів у анамнезі та специфічної епілептичної активності на ЕЕГ (група II).

За допомогою спеціального опитувальника, розробленого співробітниками відділу, ми досліджували думку батьків про тяжкість, частоту параксизмальних проявів, їх зв'язок з поведінковими та психічними порушеннями, а також вплив методів лікування (ПЕП, нетрадиційних методів) на розвиток дитини, її пізнавальні функції. Окремо документувалися пов'язані з лікуванням побічні ефекти.

Інформація, яку надали батьки, доповнювалася даними, отриманими з бази даних. У 1200 включених до реєстру пацієнтів додатково оцінювалися результати динамічного спостереження протягом понад 2 років. За допомогою психоосвітнього профілю (PEP-R) оцінювалися особливості психічного і моторного розвитку рандомізованих дітей: ментальний вік, актуальний рівень і зони найближчого розвитку для перцепції, наслідувальної діяльності, дрібної та великої моторики, зорово-моторної координації, пізнавальної діяльності і мови. Для оцінки соціального функціонування та адаптивної поведінки використовували шкалу соціальної реципрокності (SRS-2), контрольний список аномальної поведінки (ABC) і шкалу адаптивного поведінки Вініленд. Для збору соціально-демографічних даних, аналізу історії розвитку та захворювання дитини, сімейного анамнезу застосовували сімейний опитувальник (FQ) та напівструктуровану рейтингову шкалу для формалізованої оцінки клінічних проявів психічних розладів у дітей (SCEF).

Як в основній, так і у контрольній групах переважали хлопчики ($I_A$ – 72,3%, $I_B$ – 71,9%, II – 71,4%). Гендерні відмінності між групами є статистично значимими. Діти у контрольній групі були статистично значимо молодшими (7 років 6 місяців, середньоквадратичне відхилення [$S_t$] = 5 років 4 місяці), ніж діти з епілептичними нападами (11 років 5 місяців, $S_t$ = 7 років 8 місяців; t = 9,0, p < 0,0001). Це може бути пояснене тим, що у більшості пацієнтів основні ознаки РСА з'являються раніше, ніж епілептичні припадки.

**Таблиця 1. Розподіл випадків епілепсій з судомними епілептичними припадками та епілептичних феноменів на ЕЕГ у дітей із РСА**

| РСА (F84.0-F84.9) | Група II n = 802, % | Група $I_A$ n = 548, % | Група $I_B$ n = 185, % | $p_{2/3}$ | $p_{2/4}$ | $p_{3/4}$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Дитячий аутизм (F84.0) | 26,4 | 31,8 | 35,7 | < 0,0001 | < 0,0001 | > 0,001 |
| Атиповий аутизм (F84.1) | 35,4 | 41,2 | 44,3 | < 0,0001 | < 0,0001 | > 0,001 |
| Синдром Аспергера (F84.5) | 17,0 | 6,8 | 3,8 | < 0,001 | < 0,0001 | > 0,001 |
| Інші РСА | 21,2 | 20,2 | 16,2 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |

Примітки: група II – діти з РСА без судомних епілептичних припадків та епілептичних феноменів на ЕЕГ;
група $I_A$ – діти з РСА та судомними епілептичними припадками в анамнезі;
група $I_B$ – діти з РСА без судомних епілептичних припадків в анамнезі, зі специфічними епілептичними феноменами на ЕЕГ.

У 15,0% дітей, включених у підгрупу $I_A$, спостерігалася ремісія епілептичних припадків. У виборці дітей із РСА, у яких припинилися припадки з судомами, середній вік маніфестації епілептичних пароксизмів становив 5 років 3 місяці, $S_t$ = 5 років 9 місяців, середній вік досягнення ремісії припадків – 8 років 6 місяців, $S_t$ = 6 років 2 місяці). Тривалість періоду, протягом якого у дитини спостерігалися судомні напади, становила 4 роки 2 місяці, $S_t$ = 4 роки 3 місяці.

У підгрупі $I_B$ в 15,1% дітей мала місце редукція епілептичних та епілептиформних феноменів на ЕЕГ. У виборці дітей з редукцією субклінічних ознак епілептичного процесу стабілізація активності на ЕЕГ спостерігалася у віці від 6 до 12 років, $S_t$ = 6 років 8 місяців.

Не було встановлено статистично значимих розбіжностей між віком появи та редукції епілептичних припадків і субклінічних проявів епілептичного процесу в дітей, що були рандомізовані до груп $I_A$ й $I_B$.

Діти, у яких ремісії епілептичних припадків досягнуто не було, епілептичні пароксизми вперше з'являлися в молодшому віці (4 роки 10 місяців, $S_t$ = 3 роки 10 місяців). Розбіжності між виборками виявилися статистично значимими ($t = 4{,}70$, $p < 0{,}001$).

У таблиці 1 наведено розподіл випадків епілепсій із судомними епілептичними припадками та епілептичних феноменів на ЕЕГ у дітей з РСА. У більшості дітей як із судомними епілептичними припадками, так і з субклінічними станами були діагностовані дитячий (F84.0) та атиповий аутизм (F84.1). Ці розлади в групах $I_A$ та $I_B$ зустрічалися достовірно частіше, ніж у контрольній. Випадки високофункціонального аутизму переважали у дітей контрольної групи.

У таблиці 2 представлено розподіл випадків епілепсій з судомними епілептичними припадками та епілептичних феноменів на ЕЕГ при різних варіантах клінічного перебігу РСА у дітей. Нами були виділені 4 варіанти клінічного перебігу РСА:

- із уповільненням загального розвитку, накопиченням відставання відносно очікуваної траєкторії розвитку при оцінюванні за PER-R;
- із плато відставання у розвитку;
- з ранньою презентацією симптомів при оцінюванні за допомогою ADI-R та ADOS у віці від 12 до 24 місяців,
- з пізньою презентацією аутистичних симптомів.

У дітей з епілептичними судомами та субклінічними проявами епілептичного процесу достовірно частіше спостерігалися варіанти клінічного перебігу РСА з уповільненням та регресом загального розвитку. Для цих дітей також статистично достовірно більш притаманні маніфестації РСА з відносно пізньою презентацією таких ознакоскладів аутизму, як порушення перцепції, наслідування, соціальної взаємності та поява повторюваної поведінки.

**Таблиця 2. Розподіл випадків епілепсій з судомними епілептичними припадками та епілептичних феноменів на ЕЕГ при різних варіантах клінічного перебігу РСА у дітей**

| Варіанти клінічного перебігу РСА | Група II n = 802 (%) | Група $I_A$ n = 548 (%) | Група $I_B$ n = 185 (%) | $p_{2/3}$ | $p_{2/4}$ | $p_{3/4}$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| З уповільненням загального розвитку | 17,0 | 27,9 | 37,8 | < 0,001 | < 0,0001 | > 0,001 |
| Із плато відставання у розвитку | 7,0 | 4,0 | 7,7 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| З ранніми симптомами аутизму | 42,0 | 41,2 | 36,8 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Без ранніх симптомів аутизму | 34,0 | 26,9 | 17,7 | > 0,001 | < 0,0001 | <0 ,001 |

Примітки: група II – діти з РСА без судомних епілептичних припадків та епілептичних феноменів на ЕЕГ;
група $I_A$ – діти з РСА та судомними епілептичними припадками в анамнезі;
група $I_B$ – діти з РСА без судомних епілептичних припадків в анамнезі, зі специфічними епілептичними феноменами на ЕЕГ.

У таблиці 3 представлено розподіл медичних розладів та станів, коморбідних із РСА у дітей залежно від наявності чи відсутності судомних епілептичних припадків і епілептичних феноменів на ЕЕГ. Звертає на себе увагу накопичення у дітей з РСА станів, зумовлених патологічним перебігом пологів, перинатальним органічним ушкодженням мозку (питомої ваги передчасних пологів, випадків церебрального паралічу та розладів сенсорної інтеграції, макроцефалії), розладів із дефіцитом уваги та гіперактивністю, дисбактеріозу, порушень сну (безсоння, апное). У виборці дітей з латентними формами епілепсії спостерігалося статистично значиме переважання поширеності випадків розумової відсталості порівняно як із контрольною групою, так із групою з судомними епілептичними припадками. Для інших коморбідних медичних розладів та станів не встановлено різниці у поширеності між групами порівняння. Накопичення випадків розумової відсталості у дітей із РСА при коморбідній латентній епілепсії порівняно з коморбідними судомними епілепсіями може свідчити про їх асоціацію не стільки з органічним ураженням мозку при прогресуванні епілептичного процесу, скільки з накопиченням додаткових випадків безсудомних форм епілептичних енцефалопатій, що призводять до психічної дезінтеграції.

У таблиці 4 наведені відомості про частоту вдалого використання (згідно з повідомленнями батьків і даними електронних баз даних) традиційних та нетрадиційних методів терапії у дітей із РСА. Лікувальні заходи були поділені на традиційні та нетрадиційні. Серед традиційних лікувальних засобів виділили категорії ПЕП та методів лікування, що не належать до ПЕП, серед нетрадиційних – біологічно активних додатків, медикаментозної терапії та спеціальних дієт. Усі лікарські засоби були ранжовані за загальною поширеністю застосування в межах кожної категорії лікування.

Вальпроати виявилися найуживанішими ПЕП як в основній, так і у контрольній групах. Батьки майже 30% дітей із РСА мали позитивний досвід їх застосування. У дітей з судомними нападами терапевтичну схильність до вальпроатів мали майже 50% батьків рандомізованих дітей, у групі з латентними проявами епілепсій – біля 40%. У контрольній групі та групі дітей із субклінічними проявами епілепсії препарат призначали у якості тимоізолептику при афективних розладах, асоційованих з порушеннями активності й уваги.

Ламотриджин був другим за частотою використання ПЕП. Препарат призначався майже кожному п'ятому пацієнту з РСА та третині дітей з судомами і латентними ознаками епілептичного процесу. У когортах дітей із РСА без судомних нападів призначення ламотриджину зазвичай мотивувалося його тимоізолептичними властивостями.

Решта ПЕП застосовувалася переважно в дітей із судомними припадками. Деякі ПЕП, зокрема ламотриджин, леветирацетам, карбамазепін, топірамат і окскарбазепін, використовувалися у чверті або більше таких дітей.

**Таблиця. 3. Розподіл інших медичних розладів, коморбідних із РСА у дітей залежно від наявності чи відсутності судомних епілептичних припадків та епілептичних феноменів на ЕЕГ**

| Медичний діагноз коморбідного розладу (медичного стану) | Група II, % | Група $I_A$, % | Група $I_B$, % | $p_{2/3}$ | $p_{2/4}$ | $p_{3/4}$ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Передчасні пологи | 15,0 | 14,2 | 15,1 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Церебральний параліч | 0,7 | 4,9 | 2,2 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Розлад сенсорної інтеграції | 49,9 | 50,7 | 49,2 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Гіперкінетичний розлад | 31,0 | 29,9 | 30,8 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Гіпотонія | 23,9 | 20,1 | 25,9 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Розумова відсталість | 20,0 | 6,9 | 34,1 | < 0,001 | < 0,0001 | < 0,001 |
| Генетичне захворювання | 6,0 | 4,0 | 6,5 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Захворювання нирок | 1,9 | 2,0 | 2,2 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Серцево-судинне захворювання | 1,9 | 2,0 | 2,2 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Макроцефалія | 11,0 | 8,9 | 10,8 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Мікроцефалія | 4,0 | 4,0 | 3,8 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Дисбактеріоз | 16,0 | 12,0 | 16,2 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Безсоння | 21,9 | 27,0 | 34,1 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Апное | 9,0 | 8,0 | 9,2 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |

У контрольній групі та групі дітей із субклінічними формами епілепсії ці ПЕП призначали рідко. Лише вальпроати і ламотриджин, згідно з отриманими даними, використовувалися із приблизно однаковою частотою в групах з судомами та субклінічними проявами епілепсії.

Частота прийому етосуксиміду та клозапіну в контрольній групі й групі з судомними припадками статистично значимо не розрізнялася. Не було достовірної різниці у частоті застосування в контрольній групі та групі з латентними епілепсіями етосуксиміду та габапентину.

Вітамін $B_6$ і стероїдні препарати були найбільш часто вживаними традиційними методами лікування, що не відносяться до ПЕП. У контрольній групі кількість дітей, що отримували лікування стероїдними засобами і вітаміном $B_6$, була більшою, ніж пацієнтів із судомами. Кетогенна дієта була третім за поширеністю застосування традиційним методом лікування судом, що не відносяться до ПЕП. Кетогенну дієту призначали виключно дітям із РСА та судомами.

Серед нетрадиційних засобів лікування у контрольній групі мала місце значна кількість випадків застосування вітаміну $B_{12}$, безглютенової та безказеїнової дієт.

Не було встановлено різниці за частотою застосування між основними та контрольною групами для інших біологічно активних додатків, зокрема коензиму $Q_{10}$, глутатіону, диметилгліцину, таурину, ГАМК, 5-гідрокситриптофану, L-карнозину, карбогідратної та кетогенної дієт.

Для когорти осіб з РСА та судомними припадками на підставі оцінок батьків і катамнестичних даних були розраховані середні оцінки впливу кожного методу лікування на епілептичні пароксизми та симптоми аутистичного спектра, зокрема сон, порушення комунікації, поведінки, уваги й настрою. Отримані середні показники терапевтичного впливу аналізувалися з використанням методу кластерного аналізу. Проведений статистичний аналіз забезпечив чіткий розподіл методів лікування за двома кластерами: ПЕП та методів лікування, що не відносяться до ПЕП (кластери 1 і 2).

У цілому як ПЕП, так і методи лікування, що не відносяться до ПЕП, продемонстрували позитивний вплив на судомні напади, проте методи терапії в межах кластера 1 оцінювалися як ті, що більш значимо зменшують судоми, ніж методи лікування, включені до кластера 2. Методи терапії, що увійшли до кластера ПЕП, оцінювалися батьками рандомізованих дітей

**Таблиця. 4. Застосування ПЕП та інших протиепілептичних засобів лікування у дітей із РСА залежно від наявності чи відсутності судомних епілептичних припадків та епілептичних феноменів на ЕЕГ**

| Засоби лікування | Діти з РСА (в цілому) | Контрольна група, % | Група $I_A$, % | Група $I_B$, % | $p_{3/4}$ | $p_{3/5}$ | $p_{4/5}$ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ***ПЕП*** | | | | | | | |
| Вальпроати | 27,1 | 10,0 | 47, 9 | 38,9 | < 0,0001 | < 0,0001 | > 0,001 |
| Ламотриджин | 19,2 | 11,2 | 27,0 | 30,8 | < 0,0001 | < 0,0001 | > 0,001 |
| Леветирацетам | 11,6 | 2,0 | 25,9 | 10,8 | < 0,0001 | < 0,0001 | < 0,001 |
| Карбамазепін | 10,8 | 1,0 | 24,1 | 14,1 | < 0,0001 | < 0,0001 | < 0,001 |
| Топірамат | 9,5 | 0,4 | 23,5 | 7,6 | < 0,0001 | < 0,0001 | < 0,0001 |
| Габапентин | 6,3 | 7,0 | 0,9 | 8,1 | < 0,001 | > 0,001 | < 0,001 |
| Окскарбазепін | 3,9 | 1,2 | 5,5 | 10,1 | > 0,001 | < 0,001 | > 0,001 |
| Етосуксимід | 0,3 | 0 | 0,9 | 0 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Фенітоїн | 1,3 | 0 | 3,6 | 0 | < 0,001 | < 0,001 | < 0,001 |
| Клоназепін | 0,2 | 0 | 0,5 | 0 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| ***Традиційні засоби лікування, що не належать до ПЕП*** | | | | | | | |
| Вітамін $B_6$ | 21,5 | 27,1 | 15,1 | 20,0 | < 0,001 | < 0,001 | > 0,001 |
| Стероїдні препарати | 14,4 | 20,9 | 4,9 | 14,1 | < 0,0001 | < 0,001 | < 0,001 |
| Кетогенна дієта | 3,0 | 1,2 | 2,9 | 7,0 | > 0,001 | < 0,0001 | < 0,001 |
| Імуноглобуліни | 0,3 | 0 | 0,9 | 0 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| ***Нетрадиційні засоби лікування*** | | | | | | | |
| *Біологічно активні додатки* | | | | | | | |
| Вітамін $B_{12}$ | 23,5 | 32,0 | 19,5 | 25,4 | < 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Сульфат магнезії | 19,9 | 26,1 | 16,6 | 21,6 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Коензим $Q_{10}$ | 13,9 | 16,0 | 14,6 | 11,9 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Глутатіон | 12,8 | 13,8 | 17,7 | 11,4 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Диметилгліцин | 10,9 | 14,0 | 9,5 | 13,0 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Таурин | 9,8 | 9,7 | 8,6 | 13,5 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| ГАМК | 8,9 | 11,6 | 5,7 | 9,2 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| 5-гідрокситриптофан | 7,7 | 10,7 | 7,7 | 10,3 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| L-карнозин | 5,8 | 4,9 | 4,6 | 9,2 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| *Медикаментозне лікування* | | | | | | | |
| Хелірування | 11,9 | 14,6 | 9,7 | 16,2 | >0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Гіпербарична оксигенотерапія | 6,9 | 5,7 | 6,8 | 9,7 | >0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| *Спеціальні дієти* | | | | | | | |
| Безглютенова та безказеїнова дієти | 30,9 | 40,6 | 24,8 | 35,1 | < 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Специфічна карбогідратна дієта | 8,0 | 5,9 | 4,0 | 8,1 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |
| Кетогенна дієта | 2,0 | 0,9 | 2,7 | 1,2 | > 0,001 | > 0,001 | > 0,001 |

як такі, що негативно впливають на інші клінічні прояви спектра аутизму, а методи лікування, що не належать до ПЕП, сприймалися як ті, що позитивно впливають на ці клінічні прояви.

Згідно з оцінками батьків, серед усіх ПЕП вальпроати, ламотриджин і леветирацетам демонстрували найширший спектр активності відносно епілептичних пароксизмів і чинили найменш виражений негативний вплив на клінічні прояви аутистичного спектра.

Деякі традиційні види лікування, які не відносяться до групи ПЕП, зокрема кетогенна дієта, оцінювалися батьками дітей як методи лікування, що позитивно впливають як на судоми, так і на інші клінічні прояви РСА. В осіб із РАС з коморбідними латентними епілепсіями спостерігали негативний ефект ПЕП і позитивний вплив традиційних методів лікування судом, що не відносяться до групи ПЕП, на інші клінічні симптоми спектра аутизму.

Частота побічних реакцій була вищою при застосуванні ПЕП порівняно з традиційними методами лікування, що не відносяться до ПЕП.

## Література


1. Olsson I., Steffenburg S., Gillberg C. Epilepsy in autism and autisticlike conditions. A population-based study // Arch Neurol. – 1988. – V. 45. – P. 666-668.
2. Tuchman R., Rapin I. Epilepsy in autism // Lancet, Neurol. – 2002. – V. 1. – P. 352-358.
3. Kurtz Z., Tookey P., Ross E. Epilepsy in young people: 23 year follow up of the British national child development study // BMJ. – 1998. – V. 316. – P. 339-342.
4. Goulden K.J., Shinnar S., Koller H., Katz M., Richardson S.T. Epilepsy in children with mental retardation: a cohort study // Epilepsia. – 1991. – V. 32. – P. 690-697.
5. Matthews T., Weston N., Baxter H., Felce D., Kerr M. A general practice-based prevalence study of epilepsy among adults with intellectual disabilities and of its association with psychiatric disorder, behaviour disturbance and carer stress // J Intellect Disabil Res. – 2008. – V.52. – P. 163-173.
6. P.F. Bolton, I. Carcani-Rathwell, J. Hutton, S. Goode, P. Howlin, M. Rutter. Epilepsy in autism: features and correlates // Br J Psychiatry. – 2011. – V. 198 (4). – P. 289-294.
7. Rutter M., Graham P., Yule W.A. Neuropsychiatric Study in Childhood. – Philadelphia: JB Lippincott, 1970. – 237 p.
8. Gillberg C., Steffenburg S. Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty // J Autism Dev Disord. – 1987. – V. 17. – P. 273-287.
9. Volkmar F.R., Nelson D.S. Seizure disorders in autism // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. – 1990. – V. 29 (1). – P. 127-129.
10. Tuchman R.F., Rapin I. Regression in pervasive developmental disorders: seizures and epileptiform electroencephalogram correlates // Pediatrics. – 1997. – V. 99. – P. 560-566.
11. Amiet C., Gourfinkel-An I., Bouzamondo A., Tordjman S., Baulac M., Lechat P. et al. Epilepsy in autism is associated with intellectual disability and gender: evidence from a meta-analysis // Biol Psychiatry . – 2008. – V. 64. – P. 577-582.
12. Tuchman R., Moshe S.L., Rapin I. Convulsing toward the pathophysiology of autism // Brain Dev. – 2009. – V. 31. – P. 95-103.
13. Enticott P.G., Rinehart N.J., Tonge B.J., Bradshaw J.L., Fitzgerald P.B. A preliminary transcranial magnetic stimulation study of cortical inhibition and excitability in high-functioning autism and Asperger disorder // Dev Med Child Neurol. – V. 52. – P. 179-183.
14. Mandell D.S., Morales K.H., Marcus S.C., Stahmer A.C., Doshi J., Polsky D.E. Psychotropic medication use among Medicaid-enrolled children with autism spectrum disorders // Pediatrics. – 2008. – V. 121. – P. 441-448.
15. Calandre E.P., Dominguez-Granados R., Gomez-Rubio M., Molina-Font J.A. Cognitive effects of long-term treatment with phenobarbital and valproic acid in school children // Acta Neurol Scand. – 1990. – V. 81. – P. 504-506.
16. Kwan P., Brodie M.J. Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs // Lancet. – 2001. – V. 357. – P. 216-222.

# Тактика лечения раннего детского аутизма

*Л.Б. Чудакова,*
*Днепропетровская клиническая психиатрическая больница*

Проблема медикаментозной терапии раннего детского аутизма (РДА) имеет свой исторический путь, связанный как с эволюцией взглядов на эту патологию, динамикой отношений к ее лечению, так и с традициями медицины, прежде всего, детской психиатрии в разных странах. В 2010 г. был разработан клинический протокол «Надання медичної допомоги дітям із розладами загального розвитку», утвержденный Приказом МЗ Украины № 108 от 15.02.2010. Данный документ значительно облегчил работу детских психиатров, а также диагностику РДА у детей, а вот при выборе лечения трудности по-прежнему имеются.

При детском аутизме медикаментозная терапия облегчает психолого-педагогическую коррекцию, способствует снятию продуктивной болезненной симптоматики (тревоги, страхов, психомоторного возбуждения, навязчивых явлений), а также поднимает общий и психический тонус. Лекарственная «подушка» делает ребенка, больного аутизмом, более доступным к психотерапии, воспитанию и обучению. Объединение биологической и социальной коррекции способствует их взаимному потенцированию. С точки зрения основной цели – реконструкции психического развития, возможности адекватного воспитания и обучения – главной задачей медикаментозного лечения детей с аутизмом является стимуляция энергетического потенциала и снятие сенсоаффективной гиперестезии. Это осуществляется комплексом нейролептиков, антиконвульсантов и транквилизаторов.

Важным фактором является роль «почвы», или «фона», на котором развивается РДА. Прежде всего, речь идет об органической недостаточности ЦНС. Часто в самом начале лечения нейролептиками (даже оригинальным рисперидоном в малых дозах) наблюдаются выраженные побочные эффекты, например экстрапирамидные. Очевидно, здесь имеет место суммация органически обусловленных побочных действий препарата с вероятной (судя по особенностям моторной сферы) экстрапирамидной недостаточностью, свойственной самому РДА. Поэтому обязательными остаются методы аппаратной диагностики: электроэнцефалограмма (ЭЭГ), эхоэнцефалограмма, электрокардиограмма.

Фактор «почвы» касается и соматических особенностей аутистичного ребенка. Ряд признаков позволяет предположить, что раннему детскому аутизму присущ свой соматический облик в плане как конституциональных физиологических особенностей, так и врожденной склонности к недостаточности ряда систем. Значительная часть аутичных детей имеют астеническое телосложение, бледность кожных покровов, пониженный тургор мышц и кожи, общую гипотрофичность. Многим свойственна склонность к аллергическим реакциям, в том числе лекарственным. Нередка общая задержка в физическом развитии. Слабость и извращенность аппетита, парадоксальные реакции на определенные медикаменты, «необъяснимые» желудочно-кишечные расстройства и другие симптомы достаточно часто позволяют заподозрить ферментативную недостаточность неясного характера и происхождения. Это требует не только повышенной осторожности

в выборе психотропных средств, но и поисков в каждом отдельном случае адекватной симптоматической терапии ферментосодержащими, антигистаминными препаратами, а также поддерживающего общеукрепляющего лечения.

При гипотрофии и общей задержке физического развития во избежание передозировки следует также помнить об ориентации дозы препарата не на календарный возраст, а на фактический вес ребенка.

Согласно теории амигдалярного киндлинга, у лиц с резидуально-органической патологией при длительном воздействии неспецифических социально-стрессовых, экзогенно-органических астенизирующих факторов происходит избыточная стимуляция лимбической системы с истощением энергетического потенциала ГАМК-ергических нейронов и формированием либо ирритативно-пароксизмального, либо эпилептиформного очага. Это можно корригировать, назначая тимоизолептические и противоэпилептические препараты (ПЭП) (Бикшаева, 2003).

В литературе имеются данные по применению различных ПЭП (карбамазепина, ламотриджина, вальпроевой кислоты, топирамата, леветирацетама) у детей с аутизмом. Обычно они используются в комбинации с атипичными антипсихотиками 2-го поколения, в частности с рисперидоном. Назначая ПЭП в сочетании с рисперидоном, необходимо учитывать следующие моменты.

Карбамазепины являются довольно мощными индукторами ферментов печени. Известно, что карбамазепин снижает концентрацию рисперидона и его активного метаболита в плазме крови (Besag, Berry, 2006). Если к рисперидону добавить карбамазепин, при хроническом совместном применении препаратов концентрация рисперидона уменьшается, причем иногда довольно значительно. Этот факт необходимо учитывать при титровании доз рисперидона.

Что касается топирамата, в литературе описана эффективность сочетанного применения рисперидона и топирамата у детей с аутизмом. Rezaei et al. провели 8-недельное исследование, включавшее 40 детей в возрасте 4-12 лет. Пациенты были рандомизированы на группы, одна из которых получала комбинацию топирамата и рисперидона в дозах 100-200 и 2-3 мг/сут соответственно, вторая – рисперидона и плацебо. Результаты лечения оценивали по изменению исходных показателей пяти общепринятых субшкал по шкале аберрантного поведения (ABC). В конце исследования у пациентов, получавших топирамат и рисперидон, отмечено статистически достоверное уменьшение баллов по субшкале ABC-I на 9,25 по сравнению с исходным уровнем, а у детей при применении рисперидона и плацебо показатели снизились на 1,5 балла. Статистически достоверные различия в пользу комбинации рисперидона и топирамата были отмечены по другим субшкалам ABC – стереотипного поведения и гиперактивности/некомплайентности (Rezaei et al., 2010).

Некоторые зарубежные исследователи указывают на эффективность других противосудорожных препаратов, в частности леветирацетама, в терапии симптомов аутизма.

Так, в исследовании, проведенном Rugino et al., оценивали влияние леветирацетама на такие симптомы аутизма, как гиперактивность, импульсивность, эмоциональная нестабильность и агрессивность. В исследование длительностью 4 недели было включено 10 детей в возрасте 4-10 лет. Эффективность терапии в отношении симптомов аутизма оценивали по общепринятым шкалам. Согласно полученным результатам, применение леветирацетама приводило к статистически значимому улучшению показателей шкал по сравнению с исходным уровнем. Отмечено улучшение в отношении дефицита внимания, гиперактивности и импульсивности, определявшимся по шкале внимания опросника Ахенбаха, оценочной шкале Коннера и шкале индекса расстройства дефицита внимания

и гиперактивности. Наблюдалась также стабилизация настроения по шкалам глобального индекса эмоциональной лабильности Коннера и глобального индекса Коннера. Кроме того, отмечалось улучшение по шкале агрессии опросника Ахенбаха у детей, безуспешно лечившихся от аутизма рисперидоном, карбамазепином и дезипрамином. Авторы, однако, предупреждают, что при назначении леветирацетама не следует отменять предшествующую терапию (Rugino, Samsock, 2002).

Учитывая особую роль эпилептической дисфункции мозга в развитии аутизма, леветирацетам может с успехом использоваться у данной категории больных (Зенков, 2006). Кроме того, положительный эффект леветирацетама в отношении когнитивных и, в частности, речевых функций делает его препаратом выбора у пациентов с трудностями обучения, задержкой развития, нарушениями речи, психическими расстройствами, при лечении которых отмечается улучшение настроения, внимания, речевых функций, сна, аппетита, ясности сознания, поведения, исчезает психотическая симптоматика (Jain et al., 2000; Bell et al., 2003; Tan et al., 2004; Khalafalla et al., 2005).

Леветирацетам по своей химической структуре является аналогом пирацетама. Он не оказывает негативного влияния на когнитивные функции, а в ряде случаев ему присущ стимулирующий эффект. В отличие от некоторых других ПЭП, леветирацетам не влияет на концентрацию других препаратов, поэтому добавление к нему медикаментов не вызывает клинически значимых колебаний их концентрации в плазме крови. Данная положительная характеристика леветирацетама связана с тем, что его метаболизм не зависит от печеночного цитохрома Р450, кроме того, препарат не стимулирует микросомальные ферменты печени. Известно, что леветирацетам не оказывает влияния на концентрацию рисперидона – основного средства для лечения аутизма у детей. Учитывая данные об эффективности леветирацетама при некоторых симптомах РДА (таблица), была поставлена цель оценить клиническую эффективность совместного применения рисперидона и леветирацетама у детей с РДА.

В Днепропетровской клинической психиатрической больнице в детском отделении лечение рисперидоном в сочетании с леветирацетамом (левицитам, ООО «Фарма Старт») прошли 17 детей с аутизмом в возрасте от 4 до 10 лет. Обязательным условием назначения препаратов, как раствора рисперидона, так и леветирацетама, было предоставление письменного информированного согласия родителей ребенка на каждый препарат.

Рекомендуемый режим дозирования леветирацетама и титрования его доз у детей несколько отличается от такового у взрослых. Так, если ребенок весит от 20 до 40 кг, то одномоментно назначается по 250 мг леветирацетама два раза в сутки, затем в течение 3-4-й недели – по 500 мг дважды в сутки и если необходимо – далее по 750 мг два раза в сутки. Уже на первой терапевтической дозе 500 мг/сут часто имеет место клинический эффект в виде уменьшения соматовегетативной недостаточности, аффективных проявлений, улучшения настроения при нейролептической депрессии, то есть стартовая доза препарата может оказаться терапевтической.

Рисперидон назначался в дозах 0,5-1,5 мг/сут у детей до 6 лет и 1,0-2,5 мг/сут у детей старше 6 лет.

Ниже приводится описание двух клинических случаев совместного применения рисперидона и леветирацетама у детей с РДА.

*Клинический случай 1.* Пациент А., 2006 г. р., мужского пола. Наследственную отягощенность психическими расстройствами родители отрицали. Мать – с высшим педагогическим образованием, по характеру активная, деятельная. Отец – специалист по компьютерному программному обеспечению, необщительный. Старший брат пациента в

**Таблица. Лекарственные средства для лечения ведущих симптомов РДА**

| Симптомы | Тактика | | | |
|---|---|---|---|---|
| | леветирацетам | сертралин | рисперидон | карбамазепин |
| Соматовегетативная недостаточность | + | | | |
| Симптом тождества, неофобии, импульсивность | + | | | |
| Стереотипные игры | + | | + | |
| Расстройства экспрессивной речи | | | + | |
| Аффективные проявления | + | | + | |
| Патологические фантазии | | | + | |
| Психопатоподобные проявления | | | + | + |
| Нейролептическая депрессия | + | + | | |

раннем детстве испытывал страхи, которые впоследствии редуцировались. Беременность у матери и перинатальный период мальчика протекали благополучно, родился доношенным с весом 3400 кг, закричал сразу, состояние по шкале Апгар оценено в 9-10 баллов. В период новорожденности патологических состояний не отмечено. На грудном вскармливании находился до года. В развитии от сверстников не отставал.

К двум годам мать заметила, что сын пользуется речью для общения только с ней и старшим братом. Наряду с избирательностью в общении появились такие симптомы, как нарушение сна, избирательность в еде. Ребенок был отдан в детский сад, где воспитателей также насторожило отсутствие вербального контакта с ними и с другими детьми при сохранности невербальных средств коммуникативной деятельности (жесты, мимика, поза, игровое поведение) и реакции на них. Мать прилагала все усилия к социализации ребенка, уделяла ему достаточно времени для воспитания и развития, однако настоятельные уверения воспитателей «он не такой, как все» заставили ее обратиться к детскому психиатру. Занятия с частным психологом также не дали эффекта, мальчик выполнял все задания правильно, но общение проходило на невербальном уровне.

К пяти годам ребенок освоил чтение, счет и письмо. В шесть лет мальчик прошел психотерапевтический курс стационарного лечения, где применялась методика психофизиологического (тактильного) воздействия – без эффекта. Затем был госпитализирован в детское отделение Днепропетровской областной психиатрической больницы, где находился вместе с мамой. При поступлении: охотно выполнял невербальные инструкции. Зрительный контакт устанавливал на короткое время. Эмоциональные реакции слабо дифференцированы. Соматический и неврологический статусы без особенностей. Клинические лабораторные анализы – без патологических изменений. По результатам психологического обследования, показатели невербального интеллекта – 86. По шкале РДА – 34 балла (средняя степень аутизации). На энцефалограмме – повышение интенсивности волн медленных диапазонов в лобных отделах. В отделении быстро адаптировался к режиму и детскому коллективу. Выполнял все инструкции медперсонала, но речью при этом не пользовался, поведение носило строго стереотипный характер и не

менялось. Учитывая данные клинического и психолого-патологического обследования, состояние было расценено как высокофункциональный аутизм.

Согласно клиническим протоколам лечения аутизма, пациенту был назначен рисперидон в растворе для питья в дозе 0,5 мг/сут. Из немедикаментозных методов лечения проводился тренинг коммуникативных навыков, эмоций и социальных навыков. На третьей неделе терапии в состоянии мальчика начала проявляться положительная динамика – появились эмоциональные реакции, соответствующие ситуациям. Спустя один месяц лечения рисперидоном пациент начал разговаривать и описывать окружающее во время прогулок по городу с матерью, в общественном транспорте обращался к пассажирам, на улице – к прохожим. Однако соматовегетативная недостаточность сохранялась, в связи с чем был назначен леветирацетам в дозе 500 мг/сут. Через два месяца лечения у ребенка нормализовался сон, улучшился аппетит. Спустя четыре месяца после начала терапии мальчик пошел в первый класс. В школе пел на линейке и общался с учителем. С программой обучения справлялся отлично, замечаний преподавателей о каких-либо «проблемах в общении» не было.

*Клинический случай 2.* Пациент Е., 2005 г. р., женского пола, от первой беременности, первых родов. Беременность протекала на фоне токсикоза в 1-й половине и угрозы прерывания в сроке трех месяцев. Роды срочные, вес при рождении – 3500 кг, оценка по шкале Апгар – 8-9 баллов. Период новорожденности протекал без особенностей. Раннее развитие: 3 меся-ца – держит голову, 7 месяцев – сидит, 1 год – ходит, первые слова – до года. Затем ребенок замолчал, в 3 года появлялись целые предложения, отставленные во времени, иногда речь была в виде фонограммы, ребенок постоянно бегал по кругу, гиперди-намичен, в речи отмечены эхолалии. Навыки самообслуживания привиты частично, опрятности – в полном объеме.

В 2008 г. при первом обращении к психиатру девочку обследовали в детском отделении ДКПБ, был выставлен диагноз «детский аутизм». Клинические лабораторные анализы – без патологических изменений. По результатам психологического обследования, показатели невербального интеллекта – 76. По шкале РДА – 43 балла (тяжелая степень аутизации). Отмечены умеренные изменения ЭЭГ с преобладанием островолновой активности, признаки ирритации нейронов.

Лечение начиналось с монотерапии раствором рисперидона. Титрование рисперидона проводилось согласно клиническим протоколам, до дозы 1,5 мг/сут. На фоне проводимого лечения и психолого-педагогической реабилитации ребенок обучался во вспомогательной школе, в течение 5 дней находился в интернате. Осенью 2012 г. появились раздражительность, расстройства аппетита с его снижением и особой избирательностью, отсутствие чувства голода, которые не поддавались лечению рисперидоном. Был назначен левитирацетам в дозе 20 мг/кг/сут, разделенной на два приема, под контролем клинической и ЭЭГ-картины. Совместный прием рисперидона и леветирацетама в течение трех месяцев привел к нормализации сна и аппетита. При нейропсихологическом обследовании отмечено улучшение внимания, произвольной регуляции поведения и настроения, уменьшение раздражительности, вялости, утомляемости, повышение подвижности и активности. Описанные изменения создали предпосылки для психологической коррекции изолированных нарушений высших психических функций и улучшения школьной успеваемости. Ребенок окончил 3 класса, перешел в 4-й.

Опыт работы детским психиатром показал, что достаточно крупной терапевтической мишенью является комплекс «возрастных» симптомов, сопутствующих специфической симптоматике РДА, которые требуют различных подходов к назначению медикаментозного лечения. Тактика ведения таких пациентов может быть следующей.

1. У детей первых трех лет жизни неспецифические проявления аутизма связаны с соматовегетативной недостаточностью: отмечаются нарушения сна в виде сокращения продолжительности и уменьшения его глубины, прерывистости, затрудненного засыпания, стойкие расстройства аппетита с его снижением и особой избирательностью, отсутствие чувства голода, общее беспокойство и беспричинный плач (Башина, 1974). В этом случае возможно назначение леветирацетама в дозе 250 мг дважды в сутки с последующим увеличением до 500 мг два раза в сутки на 3-4-й неделе терапии.

2. В раннем возрасте дети часто бывают равнодушными к близким, не дают адекватной эмоциональной реакции на их появление и уход. Стойкий симптом тождества, страх новизны, достигающий значительной интенсивности, можно считать проявлением болезненно обостренного инстинкта самосохранения (Ковалев, 1979). В данном случае возможно сочетание леветирацетама с антидепрессантами, в частности с сертралином в дозе 25-30 мг/сут.

3. Однообразное поведение, когда дети с расстройствами спектра аутизма могут часами совершать одни и те же действия (стереотипные игры), интерес к предметам, не имеющим обычно игрового назначения, являются выражением особой одержимости. Все это можно рассматривать как эволютивный рудимент сверхценных образований. Медикаментозная терапия проводится раствором рисперидона в дозах 0,5-1,5 мг/сут у детей до 6 лет и 1,0-2,5 мг/сут у детей после 6 лет.

4. У детей с аутизмом отмечаются нарушения формирования экспрессивной речи и главным образом недостаточность коммуникативной функции речи. Дети редко активно обращаются с вопросами, часто не отвечают на обращенные к ним вопросы или дают односложные ответы. В то же время могут иметь место достаточно развитая «автономная речь», разговор с самим собой, отставленное дословное воспроизведение ранее услышанного в виде фонограммы (Nissen, 1974). Тактика лечения состоит в назначении рисперидона в виде раствора в дозах 0,5-1,5 мг/сут у детей до 6 лет и 1-2,5 мг/сут у детей после 6 лет (согласно клиническому протоколу лечения аутизма).

5. Аффективные проявления у детей раннего и дошкольного возраста бедны, однообразны, своеобразным эквивалентом положительных аффективных переживаний могут быть стереотипные движения (подпрыгивания, потряхивания кистями рук и др.). Двигательные стереотипии расцениваются как патологические образования и подлежат терапевтическому снятию. Их медикаментозная ликвидация целесообразна тогда, когда они достигают уровня насильственности, тяжелой одержимости, препятствуют целенаправленной деятельности и осуществлению коррекции. Тактика лечения – комбинированная терапия рисперидоном и леветирацетамом в дозах, описанных выше.

6. Через фабулу патологических фантазий психологу и педагогу облегчается вход в эмоциональный контакт с ребенком, в совместную деятельность, прежде всего, игру. В дальнейшем направленное специалистом видоизменение сюжета такой фантазии поможет ему постепенно «развернуть» интересы ребенка на окружающий его мир. Если работа психолога и педагога не дает результатов, подключается медикаментозная терапия. Назначается рисперидон в растворе согласно клиническому протоколу лечения аутизма.

7. При психопатоподобных проявлениях, агрессивных высказываниях и действиях, аутоагрессии показаны нейролептические препараты. Однако нередко агрессия ребенка с аутизмом обусловлена психогенно, как реакция на обиду, ущемление, как попытка самоутверждения в ответ на чувство собственной неполноценности. Назначение нейролептиков в этом случае малоэффективно. Более результативным является комбинированное лечение – назначение карбамазепина с рисперидоном. Доза рисперидона составляет

0,5-1,5 мг/сут, а карбамазепина – 20-60 мг/сут, повышать которую следует на 20-60 мг через день, поддерживающая доза – 10-20 мг/кг массы тела в сутки.

8. Под дистимическими расстройствами настроения, трактуемыми как следствие соматической астении, нередко маскируется депрессия, развивающаяся в процессе лечения нейролептиками. Тактика лечения – совместное применение леветирацетама с антидепрессантами (сертралин) в дозах 250-500 мг два раза в сутки и 25-30 мг/сут соответственно.

В детском возрасте очень незначительна разница не только между дозами, вызывающими терапевтический и угнетающий эффект, но и токсическими. Поэтому необходимы осторожность и терпение при наращивании доз, лечение всегда целесообразно начинать с минимальных доз.

Нередко соматические особенности аутичного ребенка оправданно сужают круг применяемых медикаментов. Неблагополучие соматоневрологической почвы повышает вероятность побочных эффектов и осложнений психотропных препаратов, суммирует их неблагоприятные действия. Поэтому при одновременном применении таких средств следует предельно внимательно наблюдать за ребенком.

Таким образом, антиконвульсанты, в частности леветирацетам, могут рассматриваться как средства для дополнительной терапии лечения РДА в комбинации с атипичными антипсихотиками, например с рисперидоном, у определенной группы пациентов с органической недостаточностью ЦНС. Чрезвычайно значимыми для практического врача являются два аспекта леветирацетама при лечении детей, страдающих аутизмом: он не нарушает функции печени и не оказывает негативного влияния на когнитивные функции пациентов (в частности, на память и внимание). Все сказанное выше делает особенно актуальной задачу индивидуализации терапии при РДА, а также свидетельствует о частой неприемлемости стандартных схем и методик лечения. Лабильность психосоматического статуса ребенка с аутизмом, потребность в частых коррективах терапии указывают на необходимость повышения требований к динамике наблюдений за такими детьми.

# Раздел V.
# АУТИЗМ У СОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

## Розлади спектра аутизму в дорослих: сучасний стан проблеми

*І.Я. Пінчук [1], Є.Л. Панічевська [2], В.Я. Пішель [1], М.Ю. Полив'яна [1], В.В. Сотніченко [1]*

Аутизм у дорослих людей є серйозним розладом психіки, який суттєво знижує рівень їх адаптації та соціалізації в навколишньому світі. У ранньому віці це захворювання досить важко діагностувати, тому що різноманітні моторні та мовні особливості поведінки дитини можна пояснити її віком та особливостями характеру, але у дорослої людини симптоми аутизму є досить помітними для оточуючих.

Згідно з визначенням Американської психіатричної асоціації (2000), розлади спектру аутизму (РСА) характеризуються якісними відхиленнями у соціальній взаємодії (відхід від спілкування), а також обмеженим, стереотипним, повторюваним комплексом інтересів і дій. РСА в ряді випадків значно різняться за специфікою та тяжкістю стану, рівнем дефекту інтелекту, проте часто вони є тяжкими інвалідизуючими захворюваннями, які призводять до неможливості самостійного забезпечення власних потреб і торкаються близько 1% населення в цілому [1]. Слід зазначити, що через продовження дискусій щодо відмінностей між високо функціонуючими аутистами та особами з синдромом Аспергера, ми будемо розглядати їх як РСА [2].

У той час як у 6-10 % пацієнтів діагноз РСА поєднується з низкою інших захворювань (наприклад, синдромом Дауна, ламкою Х-хромосомою, фенілкетонурією, туберозним склерозом), для більшості з них етіологія залишається невідомою. Цілком ймовірно, що цілий ряд різних факторів є основою для розвитку цього синдрому. Так, існують гіпотези про спадковість та генні мутації. Останні генетичні дослідження виявили ряд хромосомних ділянок, які можуть бути причиною захворювання, але підтверджені зв'язки становлять лише невеликий відсоток випадків [3, 4]. Необхідно зазначити, що на сьогодні в основу діагнозу «аутизм» покладено аналіз поведінки, а не етіологічних факторів або механізмів розвитку розладу.

Підвищення громадської та професійної обізнаності щодо аутизму призвело до більш частого виявлення випадків захворювання за останні десятиліття. Частота діагнозу РСА збільшилася в три рази порівняно з 1980-ми рр. Так, поширеність РСА в 70-х і 80-х рр. становила 4 на 10 тис. населення, на даний час цей показник складає 60 на 10 тис., безпосередньо на аутизм приходиться 13 на 10 тис. населення [5].

Поширеність дитячого аутизму, за даними шведських і фінських епідеміологічних досліджень, 1995 р. становила 11,6 випадку на 10 тис. дитячого населення, також

[1] Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.
[2] Благодійний фонд «Асоціація батьків дітей з аутизмом».

було визнано тенденцію до її неухильного зростання [6]. Так, вже у 2000 р. Autism Research Institute опублікував наступні дані: РСА – 26-52, синдром Аспергера – 26, синдром Ретта – від 0,72 до 3,5 випадків на 10 тис. дитячого населення, в основному у дівчат [7].

До 2006-го рр. аутизм в Україні майже не діагностували, дітям виставляли діагнози «розумова відсталість», «психоорганічний синдром», «дитяча шизофренія». З 2006 по 2011 рр. кількість виявлених хворих на РСА збільшилася в 2,5 рази, проте не досягає рівня країн західної Європи. У 2011 р. в Україні під наглядом було 2227 дітей з РСА, поширеність склала 27,8 на 100 тис. дитячого населення [8].

Статистику захворюваності на РСА слід розглядати і у дорослого населення. Діагноз РСА, виставлений дитині, може зберігатися і по досягненню нею 18-річного віку. Раніше діагноз «дитячий аутизм» був правомочним до досягнення пацієнтом підліткового віку, далі діагноз вимагав перегляду класифікаційного шифру хвороб. Найбільш частими змінами діагнозу «аутизм» були і є на сьогодні: розумова відсталість (F70-79), шизофренія (F20), розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, ушкодження та дисфункції головного мозку (F07) , шизоїдний розлад особистості (F60.1).

За даними літератури, в 76% випадків діагноз з рубрики «загальні розлади розвитку» (F84) трансформувався у діагноз «шизофренія» (F20) [9].

Відносно пацієнтів, яким діагноз РСА був виставлений у дитячому віці, існує велика ймовірність розвитку високого ступеня інвалідизації в дорослому [10-12].

Дослідження M.M. Seltzer et al. (2004) свідчать про збереження соціально-комунікативного дефіциту поряд з коморбідними психіатричними та поведінковими розладами [12]. Вчені дійшли висновку, що, незважаючи на значну неоднорідність соціальних результатів, «невелика кількість дорослих з аутизмом здатні жити самостійно, одружуватися, вчитися в коледжі, працювати чи встановлювати велике коло друзів». Однак існує тенденція деякого покращення соціального функціонування, а також зниження виразності симптомів аутизму в міру дорослішання людини [11, 12].

Пацієнти з РСА та інтелектуальним дефіцитом мають значно гірші результати соціального функціонування в дорослому віці, ніж пацієнти з нормальним рівнем IQ [10, 11]. Інші дослідження показують, що навіть пацієнти з IQ > 70 були більш соціально залежними від сім'ї та установ; для них були характерні коморбідні захворювання, наприклад епілепсія [10, 11, 13].

Згідно з опитуванням National Autistic Society, більш ніж 70% дорослих з аутизмом не можуть жити самостійно. З них 49% осіб живуть в сім'ї, створюючи величезне фінансове навантаження на старіючих батьків, а 32% – в інтернатних установах, які мало або взагалі не забезпечують умови для особистого життя [14].

Тільки 3% дорослих з РСА можуть жити повністю самостійно, лише 6% дорослих отримують зарплату, працюючи повний робочий день. Також більш ніж у половини з них були діагностовано депресивні розлади протягом дорослого життя, 11% відзначили у себе «нервовий зрив». І хоча більшість дорослих опитаних брали участь, як мінімум, у двох програмах надання допомоги при аутизмі в дитинстві, 65% хворих, як і раніше, відчували труднощі у створенні дружніх відносин [14].

Очевидно, що ці дані відображають тягар хвороби на життя для дорослих з аутизмом. Такі питання, як незалежність, самовизначення, працевлаштування, психічне здоров'я, соціальна підтримка та значимі відносини практично ігноруються при плануванні лікування, оцінки його результатів і в цілому ефективності терапевтичних програм щодо таких пацієнтів.

У зв'язку з тим, що РСА включають когнітивні, соціальні та поведінкові розлади, практично неможливо охарактеризувати окремі результати наданої допомоги як «позитивні» або «негативні», особливо якщо вони пов'язані з міжособистісними відносинами. P. Howlin et al. та M. Cederlund et al. присвоюють оцінки соціального функціонування на основі досягнення незалежності, дружби/стійких відносин, освіти та/або роботи. Відповідно, 22 та 27% пацієнтів з IQ > 70 отримали оцінки як «дуже добре» або «добре» [10, 15].

На даний час існує недостатня кількість опублікованих даних про вплив інтервенцій в дитячому віці на соціальне функціонування дорослих з РСА. Існує думка, що загальні програми, такі як навчання соціальним та професійним навичкам, можуть бути не менш важливими, ніж окремі прогностичні фактори, такі як IQ, ранній розвиток мовлення або тяжкість симптомів аутизму, в досягненні позитивних результатів дорослого життя [16].

Дорослі з РСА потребують таких програм лікування, які зосереджені на покращенні сімейного життя, самовідчуття, самооцінки, впевненості в собі, здатності конкурувати в можливості працевлаштування, умінні жити якомога більш самостійно, здатності впоратися з депресією, тривогою та іншими проблемами психічного здоров'я.

Вже кілька десятиліть у розвинених країнах з ініціативи громадських організацій створюються системи та програми для підтримки громадян з особливими потребами. У різних країнах такі системи фінансуються по-різному, частково – з державного, частково – з муніципальних бюджетів. Основний фактор, який дозволяє працювати таким системам та програмам, – організація міжвідомчої мережі з метою створення доступної необхідної медичної допомоги та мінімального пакету соціальних послуг для людей з РСА.

Так, проблеми адаптації до самостійного життя дорослих людей з РСА у Великобританії вирішуються соціальними програмами не тільки на загальнонаціональному, але й на муніципальному рівні. Британські фахівці дотримуються думки, що надання медичної та загальної соціальної допомоги дорослим з РСА приведе до покращення якості їх життя і скорочення витрат на невиправдане перебування в медичних установах [17, 18].

Бельгійська Age Platform Europe (APE) – європейська мережа, яка об'єднує 167 громадських організацій, працює над проектами щодо усунення дискримінації при працевлаштуванні осіб з РСА, над програмами з розширення їх доступу до освіти, соціальної залученості, адаптації місць проживання до специфічних потреб цієї категорії людей. APE вважає, що важливо задіяти адекватні ресурси і висококваліфікованих фахівців, створити індивідуально орієнтовані програми соціальних послуг, при цьому включати в програми їх сім'ї та враховувати специфічні потреби людей з РСА.

Необхідно позначити найважливіші напрямки роботи у цій галузі:

- дотримання прав людини для осіб з особливими потребами;
- збільшення поінформованості суспільства про потреби та очікування таких категорій громадян;
- якісний збір та аналіз даних для розробки допомоги;
- руйнування психологічних бар'єрів з боку суспільства щодо людей з особливими потребами.
- забезпечення задовільних умов життя;
- повноправне включення у життя спільноти;
- підтримка якісного рівня життя;
- повага права на самовизначення та приватність, право представляти себе в суді.

Послуги щодо спеціального супроводу в самостійному житті включають: експертні рекомендації та особисту психологічну підтримку, індивідуальну допомогу; послуги з супроводу на прогулянках, екскурсіях, подорожах; надання контактної особи, від якої можна отримати інформацію про людину з РСА; послугу загальної медичної допомоги вдома; супровід протягом тимчасового проживання поза домом; короткочасний супровід для школярів старше 12 років; допомогу в проживанні в будинку сімейного типу або в окремому проживанні для дітей та підлітків; будинку (квартири) із спеціальними умовами або будинку (квартири), побудованими спеціально для самостійного проживання дорослих людей з РСА.

Тим не менш, у програмах підтримки та соціального захисту людей з особливими потребами існує ще багато проблем, які потребують вирішення. Наприклад, поінформованість суспільства про потреби осіб з РСА, проблеми фінансування, законодавча база, відповідальність влади на загальнодержавному та/або на муніципальному рівнях, компетентність.

Над створенням ефективної системи допомоги та підтримки людей з РСА та їх сімей працюють також у Великобританії. Наприклад, в Уельсі на 2010 р. був розроблений спеціальний план дій з соціальної допомоги людям з РСА та їх родинам. План розрахований на активну роботу місцевих органів влади та місцевих медичних установ. Вони найкраще обізнані про умови життя та потреби в послугах та фінансуванні людей з РСА, а також можуть впливати на розподіл місцевих бюджетів на соціальні потреби цих людей. У плані передбачені заходи по співпраці місцевих органів самоврядування з дитячими та молодіжними громадськими організаціями, які повинні брати активну участь в адресній допомозі дітям та молодим людям з РСА. Розробка стратегії необхідної медичної та соціальної допомоги для дорослих з ментальними дисфункціями – прерогатива чиновників з Міністерства охорони здоров'я Уельсу. Парламент Уельсу розробив документ «Якісні стандарти освіти для дітей з розладами спектру аутизму», який офіційно закріплює якісну освіту в школах для дітей з РСА та є інструкцією для обов'язкового застосування [19].

Рівень життя людей з РСА можна покращити, спираючись на легальні інструменти такої діяльності та впроваджуючи в життя програми соціальної допомоги. Європейський Союз прийняв Хартію фундаментальних прав людини, Конвенцію Організації Об'єднаних Націй з прав особи з інвалідністю, Конвенцію із захисту прав людини та фундаментальних свобод, Європейську соціальну хартію. Створено серйозну законодавчу базу, але прогалини ще існують. Наприклад, не беруться до уваги такі факти, як нашарування проблем інвалідності з віком, необхідність в підтримуючому навчанні протягом усього життя, включеність у соціальне життя в старшому віці.

В Україні прийняття відповідних законодавчих актів про побудову спеціальних систем та програм допомоги хворим на РСА поки лише дискутується. Так, 18 вересня 2013 р. Комітетом Верховної Ради України з питань науки та освіти одноголосно прийнято рішення про винесення питання про організацію парламентських слухань з проблеми аутизму на одній з чергових сесій Верховної Ради.

У нашій країні вже зараз є усі передумови для створення системи багаторівневої допомоги особам з РСА як на загальнодержавному рівні, так і на рівні місцевих органів самоврядування. Суспільство має консолідувати сили та сформувати ефективну міжвідомчу мережу серед існуючих установ і організацій для створення та впровадження в життя системи підтримки осіб з РСА. Це складна і велика робота, але полягає вона, в основному, у переформатуванні зв'язків між відомствами та організаціями, з метою створення нової функціональної системи допомоги людям, які мають РСА.

З чого почати? З визнання проблеми.

## Література

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Ed: American Psychiatric Association. – DC.: Text RevisionWashington, 2000. – 405 p.

2. Howlin P. The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families // Developmental Medicine and Child Neurology Journal. – 1999. – V. 41 (12). – P. 834-839.

3. Muhle R. The Genetics of Autism / R. Muhle, S. V. Trentacoste, I. Rapi // J Pediatrics. – 2004. – V. 113 (5). – P. 472-486.

4. Wassink T. The Search for Autism Disease Genes / T. Wassink, L. Brzustowicz, C. Bartlett, P. Szatmarie // J Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Revues. – 2004. – V. 10. – P. 272-283.

5. Fombonne E. Epidemiology of Autistic Disorder and Other Pervasive Developmental Disorders // Journal of Clinical Psychiatry. – 2005. – V. 66 (10). – P. 3-8.

6. Gillberg C. Clinical child neuropsychiatry. – Cambridge: Cambridge University Press, 1995. – 384 p.

7. A quarterly publication of the Autism Research Institute / Autism Research Review International. – 2000. – Vol. 14 (1). – P. 2-6.

8. Марценковський, І.А. Загальні принципи терапії дітей з розладами спектру аутизму // Арх. психіатрії. – 2011. – Т. 17. – № 4. – С. 67-70.

9. Н. К. Григорьева и др. Проблема аутизма в детстве // Психотерапия и клинич. психология: научно-практич. рецензируемый журн. – 2010. – № 1. – С. 5-12.

10. M. Cederlund, B. Hagberg, E. Billstedt et al. Asperger Syndrome and Autism: A Comparative Longitudinal Follow-Up Study More than 5 Years after Original Diagnosis // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2008. – V. 38. – P. 72-85.

11. Howlin P. Outcome in Adult Life for More Able Individuals with Autism or Asperger Syndrome // Autism. – 2000. – V. 4 (1). – P. 63-68.

12. Seltzer M.M. Trajectory of Development in Adolescents and Adults with Autism / M.M. Seltzer, P. Shattuck, L. Abbeduto, J. S. Greenberg // Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews. – 2004. – V. 10. – P. 234-247.

13. Engstrom I. Psychosocial Functioning in a Group of Swedish Adults with Asperger Syndrome or Higher Functioning Autism / I. Engstrom, L. Ekstrom, B. Emilsson // Autism. – 2003. – V. 7. – P. 99-110.

14. The National Autistic Society, 2013; www.autism.org.

15. Howlin P. Adult Outcomes for Children with Autism / P. Howlin, S. Goode, J. Hutton, M. Rutter // Journal of Child Psychiatry and Psychology. – 2004. – V. 45(2). – P. 212-229.

16. L. Kenworthy, D.O. Black, B. Harrison et al. Are Executive Control Functions Related to Autism Symptoms in Higher-Functioning Children? // Child Neuropsychol. – 2009. – V. 15 (5). – P. 425-440.

17. Health and social care Information centre, 2009; www.hscic.gov.

18. Adult autism strategy for England, 2009; www.autism.org.uk.

19. The Autistic Spectrum Disorder (ASD) Strategic Action Plan for Wales, 2011; www.wales.gov.uk.

# Погляд на проблему психіатричної та соціальної допомоги хворим на аутизм у дорослому віці

Згідно з даними ВООЗ, кожна сота доросла людина хворіє на розлад спектра аутизму (РСА). Дана патологія виникає внаслідок порушення розвитку головного мозку і характеризується дефіцитом соціальної взаємодії і взаємин, обмеженими інтересами, стереотипними й повторюваними діяльністю та рухами. РСА дають про себе знати у перші три роки життя дитини. Якщо їх діагностувати вчасно і застосовувати методи корекції, що ґрунтуються на принципах поведінкової та ігрової терапії, можна досягти суттєвого прогресу в подальшому розвитку дитини. Такому хворому в дорослому віці буде легше заводити стосунки з оточуючими, спілкуватися з незнайомими людьми і поступово переходити до самостійного життя, в якому він зможе існувати без сторонньої допомоги. Чоловіки страждають на РСА частіше, ніж жінки.

В економічно розвинутих країнах багато дорослих, які страждають на аутизм, працюють і живуть самостійно. Встановлено, що приблизно 33% дорослих з аутизмом можуть частково обходитися без сторонньої допомоги. Їх ступінь незалежності визначається розумовими здібностями, умінням спілкуватися та набутими соціальними навичками. Нажаль, більшість хворих на РСА при досягненні повноліття мають тяжкі обмеження соціального функціонування. Частина дорослих з аутизмом не мають експресивної мови.

Майже кожна родина, яка має дитину з РСА, що досягла 18-річного віку, змушена шукати відповідь на непросте запитання, що робити далі, як забезпечити їй гідне подальше життя та соціальну підтримку?

Нещодавні дослідження виявили, що навіть в економічно развинутих країнах відносно невелика кількість молодих людей з аутизмом отримують соціальну підтримку та спеціальну терапію. Більшість фахівців в галузі охорони психічного здоров'я не знають, якої саме медико-соціальної допомоги потребує швидко зростаюча популяція дорослих осіб з аутизмом і як цю допомогу організувати.

Професор Т. Мей-Бенсон працює з дорослими хворими на аутизм протягом останніх 30 років. Медико-соціальна допомога, яку вона спочатку могла запропонувати цим людям, включала лише добову програму реабілітації. Були запропоновані спеціально розроблені для дорослих хворих із первазивними розладами розвитку тренінги соціальної компетентності та сенсорна інтеграція. Надалі обсяг послуг було значно збільшено.

Більшість спеціалістів у галузі терапії РСА воліють працювати з дітьми, проте Мей-Бенсон стверджує, що згідно з її досвідом роботи спеціальна терапія дуже корисна для дорослих із РСА. «Мої клієнти навчили мене: ніколи не варто недооцінювати, наскільки багато вони знають і розуміють, навіть якщо вони здаються дуже дисфункціональними». Хворі з РСА потребують медико-соціальної допомоги протягом усього життя. Ця допомога не лише в ранньому дитячому віці, а і подекуди у дорослих дозволяє отримати вражаючий прогрес. Роблячи терапевтичний прогноз стосовно перспектив допомоги дорослим з цим захворюванням, доцільно дотримуватися правила: «Ніколи не кажи ніколи... Кваліфікована допомога може бути корисна кожному хворому».

На сьогодні потрібно більше послуг і практиків, які мають відповідну підготовку і можуть працювати з цією групою населення.

До 2006 р. аутизм в Україні майже не діагностувався. Замість РСА у дітей необґрунтовано виявляли розумову відсталість, психоорганічний синдром, дитячу шизофренію. У випадках синдрому Аспергера безпідставно діагностуються шизотиповий розлад, розлади особистості.

Клінічна практика в нашій країні відрізняється від такої більшості країн світу. Діагностичні критерії МКХ-10 передбачають діагностику РСА (F84.0-F84.9) у дітей з трирічного віку та у дорослих. За даними міжнародної організації «Аутизм – Європа», в більшості країн Європейського регіону, за винятком Сербії та Хорватії, хворі на РСА, встановлені в дитячому віці, після досягнення повноліття продовжують спостерігатися у психіатрів, отримувати соціальну та медичну допомогу із тим самим діагнозом. За даними офіційної статистики, поширеність РСА у дорослих в країнах Європейського Союзу коливається в діапазоні від 1 на 100 до 1 на 150. У Великій Британії 1,8% чоловіків та 0,8% жінок хворіють на РСА.

На доручення Віце-прем'єр-міністра України – Міністра охорони здоров'я України Р.В. Богатирьової в МОЗ України відбулася нарада за участю першого заступника Міністра Р.В. Моісеєнко, заступника директора Департаменту реформ та розвитку медичної допомоги – начальника управління охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення А.В. Терещенко, головного спеціаліста Управління спеціалізованої допомоги Відділу високоспеціалізованої медичної допомоги О.М. Зінченко, головних позаштатних спеціалістів МОЗ за спеціальностями «психіатрія» та «дитяча психіатрія» Н.О. Марути та І.А. Марценковського.

Учасники наради дійшли наступних висновків.

1. Діагностика РСА (F84.0-F84.9) має проводитися відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10 як в дитячому, так і в дорослому віці.

2. Зміна діагнозів спектра аутизму на шизофренію, розумову відсталість, розлади особистості на підставі досягнення хворим повноліття є неправомірною.

3. Діагнози спектра аутизму (F84.0-F84.9) можуть бути причиною інвалідності у дорослих. Зміна діагнозу не є передумовою для встановлення хворому інвалідності.

4. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України спільно з Інститутом неврології, психіатрії та наркології НАМН України мають провести дослідження для з'ясування того, з якими діагнозами спостерігаються психіатричною службою дорослі, які мали інвалідність з аутизму в дитинстві, яким є стан їх психічного здоров'я та соціального функціонування, які помилки були допущені при наданні їм психіатричної та соціальної допомоги після досягнення ними повноліття.

5. Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України спільно з Інститутом неврології, психіатрії та наркології НАМН України мають розробити клінічний протокол діагностики, лікування та надання медико-соціальної допомоги хворим на РСА в дорослому віці.

У 1943 р. американський психіатр Л. Каннер опублікував наукову статтю, в якій описав кількох дітей з незвичайним захворюванням, яке він запропонував називати «аутизм». Цей стан, за словами Каннера, був «не схожий на що-небудь, про що повідомлялося раніше». Як приклад того, що діагноз аутизму не є вироком для пацієнтів та членів їх родин, хочеться навести декілька цікавих історій життя людей із встановленим діагнозом аутизму.

Дональд Тріплетт вперше потрапив до психіатричної лікарні ще в 3 роки. Він не міг одягатися та їсти самостійно, не говорив, демонстрував проблемну поведінку і, здавалося, не звертав ні на кого уваги. Лікарі рекомендували «зміну оточення», що в ті роки, в умовах нереформованої системи психіатричної допомоги, означало постійну госпіталізацію. Улюбленими заняттями хлопчика були обертання різних предметів і кружляння на одному місці. Зараз Тріплетт живе один у батьківському будинку, раз на тиждень відвідує свого брата та його дружину. Він є членом гольф-клуба і регулярно подорожує в різні країни через туристичне агентство, водить машину. Раніше Тріплетт працював касиром у банку, хоча від підвищень завжди відмовлявся. У рідному містечку Дональда вважали знаменитістю – він вражав усіх здатністю до підрахунків у розумі. Завдяки підтримці сім'ї та терпимості жителів міста, він зміг навчатися у звичайній сільській школі, незважаючи на свої дивацтва, придбати професію і налагодити побут задовго до появи ефективних методів допомоги при аутизмі.

Стівен Вілтшир народився в Лондоні у 1974 р. У ранньому дитинстві в Стівена діагностували аутизм –до п'яти років він взагалі не говорив і згодом страждав від мовних обмежень. Однак він зміг знайти самовираження в музиці і живопису. З раннього дитинства Стівен малював усе підряд, але з 8 років знайшов головну пристрасть свого життя – зображення будівель. На даний час Стівен залишається унікальним архітектурним художником. Точні панорами таких міст, як Нью-Йорк, Токіо і Рим, які він міг виконати завдяки фотографічній пам'яті, принесли йому світову відомість. Його картини вулиць і будівель виставляються по всьому світу, а за його роботи пропонують шестизначні суми.

Карлі Флейшман, 17 років, живе в США. Вона любить судачити про симпатичних хлопчиків, дивитися ток-шоу, їсти чіпси і читати. Карлі мріє стати письменницею, і не так давно у співавторстві з батьком опублікувала власну книгу. За все своє життя вона не вимовила жодного слова. У ранньому дитинстві у Карлі діагностували аутизм і тяжку розумову відсталість. Вона не могла всидіти на місці, часто кричала та билася головою об підлогу. Її ніколи не вчили читати, тому що вважалося, що їй це не під силу. Але одного разу під час заняття з фахівцями у одинадцятирічної дівчинки так сильно розболівся живіт, що вона підбігла до комп'ютера і написала: «Боляче! Допоможіть!». Її батьки не відразу повірили, що це дійсно відбулося. Однак після тривалої поведінкової терапії дівчинка почала спілкуватися з оточуючими, друкуючи на комп'ютері. Карлі досі має тяжку форму моторної алалії, внаслідок чого не може говорити, але це не заважає їй виступати по телебаченню, консультувати дітей з аутизмом та їхніх батьків, вчитися за звичайною шкільною програмою і писати власні оповідання. Багато людей з аутизмом, які не можуть говорити або використовують мову дуже обмежено, тим не менш, можуть спілкуватися за допомогою різних методів альтернативної комунікації. Про те, як жити з такими порушеннями, можна подивитися на сайті Карлі *www.carlyscafe.com*, в основу якого покладено уривок з її автобіографії.

*Підготувала* ***Інна Обадіна***

# Розлади спектра аутизму у підлітків та дорослих

*О.О. Літвінов,*
*Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ*

Лео Каннер у 1943 р. вперше опублікував статтю, в якій описав 11 дітей з раннім аутизмом [1]. З тих часів інтерес до первазивних розладів розвитку зростає прямо пропорційно до накопичування наукових даних про їхній генез, перебіг та зв'язок з медико-соціальними, економічними і навіть політичними питаннями.

Згідно з сучасними уявленнями, аутизм є хворобою, в основі якої лежать порушення загального розвитку, що зумовлюють його дисгармонічність і супроводжуються порушеннями соціальної реципрокності, комунікації та стереотипними формами поведінки [2, 6]. Розлади аутистичного спектра (РАС) маніфестують у ранньому дитячому віці і спостерігаються протягом всього життя людини, зумовлюючи обмеження її соціального функціонування [6]. Аутизм зустрічається серед представників усіх соціальних верств населення, в усіх регіонах світу. Хлопці хворіють на аутизм приблизно у 4-5 разів частіше, ніж дівчата [8, 10, 12]. Високо адаптовані пацієнти здатні вести самостійне функціонування, підтримувати родинні стосунки й отримувати вищу освіту [5].

Вважається, що аутизм може бути пов'язаний з різними біологічними причинами. Однією з причин його розвитку є генетичний поліморфізм, зокрема мутації гена contactin 4 (CNTN4), що відповідає за диференціацію міжнейрональних зв'язків. Описано низку інших мутацій, асоційованих із РАС, проте за рахунок генетичного поліморфізму можна пояснити не більше 4% випадків захворювання. Інші фактори, зокрема середовищні, також беруть участь у розвитку розладу [6].

На даний час існують декілька концепцій, що пояснюють появу аутизму [12]:

- вплив навколишнього середовища, що пов'язує захворювання з дією на організм важких металів, насамперед ртуті та свинцю, як внутрішньоутробно, так і після народження;
- імунологічна теорія: гіперергічна реакція імунної системи на «тригер», наприклад вакцинацію;
- метаболічна теорія: порушення обміну речовин, фенілкетонурія, наслідком якої може бути розумова відсталість;

- неврологічна теорія, зумовлена, наприклад, наявністю у дитини епілептичної енцефалопатії.

Ряд дослідників роблять наголос на поліетіологічності РАС, пов'язуючи їх походження з органічними, реактивними причинами, наслідками порушення симбіозу між матір'ю та дитиною – порушеннями адаптаційних механізмів у незрілої особистості [13].

Загальна концепція аутизму та, відповідно, діагностичні критерії захворювання знаходяться у стадії формування [3, 6]. За останні два десятиліття методика діагностики первазивних розладів суттєво змінилася [10]. Діагностичні критерії аутизму постійно переглядаються в бік їх розширення [12].

Доки не ідентифіковані специфічні біологічні маркери, РАС виявляються за поведінковою симптоматикою [6]. Золотим стандартом діагностики РАС є два інструментарії: напівструктуроване оцінювання аутистичної поведінки (ADOS) та структуроване діагностичне інтерв'ю аутизму (ADI-R) [6, 10, 12, 14]. Ці методи є валідними в дітей з 1,5 років та у дорослих.

За інформацією ВООЗ, поширеність РАС в дитячому віці становить понад 1% від загальної дитячої популяції. Згідно з даними Міжнародної асоціації «Аутизм – Європа», кожна 88-ма дитина в Європі має ознаки розладів загального розвитку та потребує медико-психологічної допомоги. Таким чином, рівень діагностики РАС в Україні є недостатнім.

До 2006 р. аутизм в Україні майже не діагностувався. Замість РАС дітям необґрунтовано виставлялися діагнози розумової відсталості, психоорганічного синдрому, дитячої шизофренії. Так, у нашій країні з 2006 по 2011 рр. діагностована захворюваність на РАС зросла у 2,5 рази, але залишається невисокою порівняно з показниками країн регіону Європи. Під наглядом дитячих психіатрів України в 2011 р. перебувало 2227 дітей з РАС, поширеність розладів становила 27,8 на 100 тис. дитячого населення (Марценковський І.А., 2013).

За даними офіційної статистики, поширеність РАС у дорослих в країнах Європейського Союзу коливається в діапазоні від 1 на 100 до 1 на 150. Зокрема, у Великій Британії 1,8% чоловіків та 0,8% жінок хворіють на дані розлади [3].

В Україні РАС у дорослих майже не діагностуються. У дитини, що мала діагноз аутизму, по досягненню 18-річного віку діагноз безпідставно змінюється на психічні розлади внаслідок органічного ураження мозку, шизофренію, розумову відсталість. Така клінічна практика є відмінною від тієї, що склалася у більшості країн світу. За даними Міжнародної асоціації «Аутизм – Європа», майже в усіх країнах Європейського регіону, за винятком Сербії та Хорватії, хворі на РАС, діагностовані в дитячому віці, після досягнення повноліття продовжують спостерігатися у психіатрів та отримувати соціальну й медичну допомогу з такими саме діагнозами.

## Мета дослідження

Було проведене дослідження, мета якого – дослідити пов'язаний з віком клінічний поліморфізм РАС, описати особливості клінічної картини та адаптивної поведінки у підлітків і дорослих з РАС.

## Матеріали і методи дослідження

Об'єктом дослідження були пацієнти з РАС. Досліджувалися психічні розлади, обмеження соціального функціонування і методи терапії та медико-соціальної допомоги, які отримували підлітки та повнолітні, хворі на РАС. Для досягнення поставленої мети використовувалися анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний методи, а також клініко-динамічне спостереження, що ґрунтувалося на загально прийнятих підходах щодо психіатричного обстеження з використанням ADI-R, адаптованого УНДІ ССПН, діагностичної шкали для афективних розладів та шизофренії (SADS), шкали адаптивної поведінки Вайнленд (VABS), шкали позитивних та негативних симптомів (PANSS), шкали загального клінічного враження (CGI).

Обстежено 20 хворих (15 чоловіків, 5 жінок) віком від 16 до 23 років, у яких діагностовано один із РАС. Шість пацієнтів були віком 16-18 років (4 чоловіка, 2 жінки), 14 пацієнтів – 19-23 роки (11 чоловіків, 3 жінки).

## Результати дослідження

У сімейному анамнезі шести хворих спостерігалися випадки захворюваності на шизофренію та аутизм. Випадки шизофренії мали місце в п'яти, аутизму – в одній родині.

Пренатальна патологія в анамнезі хворих на РАС зустрічалася частіше. Лише у двох матерів пацієнтів були фізіологічні пологи та вагітність, у решти 18 в анамнезі виявлено ускладнену вагітність (токсикоз, внутрішньоутробні інфекції) та/чи застосовувалися акушерські пологодопоміжні операції і втручання (кесарів розтин, акушерські щипці, вакуум-екстракція, стимуляція пологів).

У восьми випадках виникнення порушення загального розвитку дитини батьки пов'язували з певними чинниками, а саме: психічними, фізичними травмами, щепленням. У більшості пацієнтів (n = 12) в сімейному анамнезі не встановлено подій, які мали причинно-наслідковий зв'язок з РАС.

У ранньому дитинстві 11 рандомізованих пацієнтів спостерігалися у психіатрів чи неврологів із затримкою розвитку. IQ в межах, що відповідав рівню розумової відсталості, мали 15 хворих. У 5 пацієнтів IQ було вищим за 70. Середню освіту отримали 14 з 20 дорослих з РАС. З них двоє вступили до ПТУ, решта ніде не навчалася. Трудовою діяльністю ніхто з рандомізованих пацієнтів на момент обстеження не займався.

Половина хворих (n = 10) мали ознаки стійкої соціальної дезадаптації та потребували постійного стороннього нагляду й догляду; вісім пацієнтів були частково здатні до самообслуговування, вирішували конкретні ситуаційні задачі та оволодівали новими навичками; двоє чоловік мали порівняно високий рівень адаптивної поведінки та були спроможні вести самостійне життя з соціальною підтримкою.

Слід зазначити, що у всіх хворих з високим рівнем соціальної адаптації рівень когнітивного функціонування був вищим за мінімально достатній для побутової адаптації. Пізнавальні функції та навички (соціальна компетентність) у всіх рандомізованих пацієнтів із РАС були мозаїчними. Деякі хворі (n = 2) були здатні до засвоєння великих обсягів інформації та опановування складних навичок, що потребують певного часу й уваги у здорових людей, але одночасно демонстрували побутову дезадаптивність – неспроможність самостійно одягатися чи готувати собі їжу.

Рівень адаптивної поведінки хворих на РАС значною мірою залежав від коморбідних психічних розладів. Шестеро обстежених мали коморбідний тривожний розлад, у восьми спостерігалися прояви агресивної та аутоагресивної поведінки.

У 13 з 20 пацієнтів протягом життя діагноз був змінений на шизофренію. З цих 13 осіб лише у двох діагноз шизофренії було підтверджено за результатами нашого обстеження. Помилкова ідентифікація проявів аутизму як симптому ендогенно-процесуального захворювання позбавила хворих адекватної медико-соціальної допомоги на багато років.

Рандомізовані хворі в дитинстві отримували терапію нейролептиками, найчастіше рисперидоном та клозапіном. На час обстеження антипсихотики продовжували приймати сім осіб (лише ті, кому змінили діагноз на шизофренію). Інші пацієнти приймали вітаміни групи В (n = 8), ноотропи (n = 8), анксіолітики (n = 6). Частина рандомізованих пацієнтів не приймала медичних засобів (n = 5).

Хворі на РАС, які отримували в дитинстві допомогу у вигляді ранніх втручань, мали кращі показники соціальної адаптації, побутових навичок, вищий рівень когнітивного функціонування. Такі пацієнти продовжували навчання, формували нові моделі адаптивної поведінки, істотно знижуючи обмеження соціального функціонування.

На сьогодні жоден з рандомізованих пацієнтів не отримує державної соціальної підтримки та психотерапевтичного лікування. Дев'ятьом хворим соціальну підтримку забезпечують члени родини. В усіх пацієнтів по досягненню повноліття рівень соціальної підтримки значно знизився і, як наслідок, впав рівень соціальної адаптації.

## Висновки

У хворих на РАС при кваліфікації психічного розладу, оформленні групи інвалідності й після досягнення ними повноліття пропонується посилити контроль за дотриманням діагностичних критеріїв МКХ-10 та DSM-5. Діагностуватися має РАС, його тяжкість та коморбідні психічні розлади (наявність обсесивних, афективних, поведінкових розладів). Тренінги соціальної компетентності, соціальна підтримка, інклюзія в загальну мережу закладів освіти, набуття професії, самостійного існування мають розглядатися як пріоритет медико-соціальної допомоги зазначеному контингенту хворих. Медикаментозне лікування, як свідчать розглянуті нами клінічні випадки, має бути скероване на коморбідні психічні розлади і може включати застосування психостимуляторів (атомоксетину, метилфенідату), селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та інших антидепресантів. Призначення нейролептиків повинне бути обмежене випадками агресивної та аутоагресивної поведінки.

## Література

1. Kanner L. Autistic Disturbances of Affective Contact // Nervous Child. – 1943. – P. 217-250.

2. Helen V. Theoretical aspects of autism: Causes / A review. – Ratajczak, 2011.

3. Marwick H., Dunlop A.-W., MacKay T. Literature Review of Autism // National Centre for Autism Studies, UK. – 2005. – P. 10-27.

4. Bent S., Hendren R.L. Improving the prediction of response to therapy in autism // Neurotherapeutics. – 2010. – Vol. 7. – № 3. – P. 232-240.

5. Standifer S. Adult Autism & Employment // A Guide for Vocational Rehabilitation, 2009.

6. Barthelemy C., Fuentes J., Howlin P., van der Gaag R. Person with autism spectrum disoders, 2008 // Research. – 2008. – P. 5-12.

7. Bleuler E. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias, originally in Aschaffenburg's Handbuch // Reprinted (1950) New York, International Universities Press.

8. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008 / Boyle CA, Boulet S, Schieve L, Cohen RA, Blumberg SJ, Yeargin-Allsopp M, Visser S, Kogan MD // Pediatrics. – 2011. – Vol. 127. – №6. – P. 1034 – 1042.

9. Carroll L.S., Owen M.J. Genetic overlap between autism, schizophrenia and bipolar disorder // Genome Med. – 2009. – P. 1-102.

10. McDougle C.J., Stigler K.A., Erickson C.A., Posey D.J. Atypical antipsychotics in children and adolescents with autistic and other pervasive developmental disorders // J Clin Psychiatry. – 2008. – Vol. 69. – № 4. – P. 15-20.

11. Stahlberg O., Soderstrom H., Rastam M., Gillberg C. Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders // J Neural Transm. – 2004. – P. 891-902.

12. Treffert D.A. Autistic Disorder: 52 Years Later: Some Common Sense Conclusions, 2007.

13. Rutter M. Practitioner review: routes from research to clinical practice in child psychiatry: retrospect and prospect // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1998. – P. 805-816.

14. Westbrook J.D., Nye C., Fong C.J., Wan J.T., Cortopassi T., Martin F.H. Adult Employment Assistance Services for Persons with Autism Spectrum Disorders: Effects on Employment, 2012.

# Раздел VI. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ИНКЛЮЗИИ

## Доказова освіта в Україні: майбутнє осіб з особливими потребами – чи недосяжний Західний обрій?

*Є.І. Суковський,*
*Університет Кентуккі, США*

Сучасні реалії ставлять до професійної науки чи іншої галузі діяльності дуже конкретні і високі вимоги. Хороші, на перший погляд, ідеї, що не підтверджені практикою, не витримують конкуренції поруч із науково та експериментально обґрунтованими теоріями. Прикладом є доказова медицина (наприклад, препарати, що не пройшли перевірку і не показали ефективності, вищої за таку у попередників, чи за ефект плацебо, не допускаються до виробництва).

Останні роки показують, що і в освіті, зокрема осіб із особливими потребами, починають переважати методики, підтверджені в ході досліджень. Ймовірно, найближчим часом галузь навчання змінить назву на «доказову освіту». Слід зауважити, що наведені твердження стосуються здебільшого країн із розвиненою економікою (країни Західної Європи, США, Канади, Австралії та ін.). Україна, як і більшість країн пострадянського простору, ще не знайома із методами доказової освіти, які, відповідно, не впроваджуються у навчальні заклади та систему освіти в цілому. Які особливості і переваги мають методи доказової освіти? Чи повинна українська освітня система перейняти вже існуючий досвід інших країн? Які є переваги та загрози у використанні нових освітніх підходів в системі української освіти? На ці та інші запитання допоможе знайти відповіді дана публікація.

Уявіть ситуацію, в котрій лікар пропонує пацієнтові пігулки і розповідає про їх популярність, але водночас додає, що жодних досліджень стосовно їх ефективності не проводилося. Зрозуміло, що вибір робиться на користь перевірених ліків, позитивний вплив яких встановлено емпірично. Провівши паралель із освітою, потрібно поставити запитання про те, які саме навчальні методи, що використовуються щоденно в дитячих садочках, школах та ВУЗах, підтверджені результатами досліджень, а які є лише привабливою теорією, що базується на певних здогадках. Система освіти має тривалу історію боротьби між методами, ефективність яких доведено в процесі систематичних досліджень, та тими, що розповсюджені найбільше (Spencer et al., 2012). Це протиріччя і сьогодні актуальне

як ніколи. Наприклад, після проведеного найбільшого освітнього дослідження в історії США, яке має назву Follow Through, Carnine (2000) заявив, що, незважаючи на переконливі, практично незаперечні, докази високої ефективності певних стратегій навчання, американські педагоги і надалі широко користуються менш результативними методами. Безсумнівно, будь-які зміни потребують часу та зусиль, і система освіти не є винятком. Пройде немало часу, перш ніж освіта стане доказовою, і здогадки та підходи із сумнівною ефективністю покинуть галузь навчання. Проте вже сьогодні доказові практики є потужним рушієм становлення освітньої галузі як зрілої науки, що позбавлена суб'єктивності та опирається на результати емпіричних досліджень.

***Доказова практика: визначення з різних джерел***

**Американська психологічна асоціація (APA, 2005)**

Доказові практики в психології – це поєднання найкращих можливих досліджень із клінічними знаннями в контексті особливостей культури та уподобань пацієнта

**Американська асоціація слуху та мови (ASHA, 2005)**

Термін «доказова практика» відноситься до підходу, в котрому сучасні, високоякісні докази досліджень інтегровані разом із досвідом практиків, преференціями та цінностями пацієнтів у процес прийняття клінічного рішення

**Національний центр аутизму (NAC, 2009)**

Доказова практика вимагає об'єднання результатів досліджень із іншими вирішальними факторами. Ці фактори включають:

- професійну оцінку та прийняття рішень на основі фактів;
- цінності та уподобання сімей, включаючи, за можливості, особу із аутизмом;
- здатність ретельно впроваджувати інтервенцію

**Освітнє визначення доказової практики (Whitehurst, 2002)**

Доказова освіта – це поєднання професійної мудрості із наявними найкращими емпіричними доказами у прийнятті рішень щодо надання освіти

Таким чином, доказові практики поєднують у собі емпіричний досвід та здоровий глузд і є прикладними інструментами, що мають на меті розвиток конкретних функціональних (необхідних у щоденному житті) вмінь та навичок людей із особливими потребами. Доказові практики не є оманливою панацеєю, проте їх результативність є значно вищою порівняно із практиками, ефект яких не підкріплений дослідженнями (Torres et al., 2012).

## Що робить практику/метод доказовим?

Основною метою доказовості в освіті є перевірка наявності позитивного ефекту у об'єкта дослідження (наприклад, учня) після впровадження певної практики чи методики. Існує декілька основних методів ідентифікації практики чи методики як доказової. Такі дослідження повинні проводитись із дотриманням вимог дизайну експерименту та відповідати його кількісним і якісним критеріям.

### *Групові чи квазіекспериментальні дослідження*

Суттєвий ефект методу/практики на рівні, значно вищому за нуль, повинні засвідчити, як мінімум, два високоякісних дослідження або чотири прийнятної якості. Високоякісні дослідження мають відповідати щонайменше трьом із чотирьох основних критеріїв:

• належний опис та підбір учасників;
• належний опис та впровадження втручання;
• належний опис умов порівняння;
• належний опис засобів вимірювання результатів та аналізу даних.

Крім того, існують додаткові критерії, відповідність яким є важливою, проте достатньо дотримуватися лише половини з них (Gerstain et al., 2005).

### *Однооб'єктні дослідження*

Ефективність методу чи практики повинна бути продемонстрована п'ятьма або більше високоякісними дослідженнями із залученням ≥ 20 учасників, що відповідають встановленим критеріям (Horner et al., 2005):
• підбір учасників;
• дотримання умов проведення дослідження;
• опис залежної і незалежної змінної;
• висока внутрішня, зовнішня та соціальна валідність.

### *Якісні/описові дослідження*

Незважаючи на те, що описові дослідження є корисними у багатьох випадках, вони не призначені для з'ясування того, чи спричинили метод/практика покращення у об'єкта дослідження (наприклад, учня чи студента) (McDuffie, Scruggs, 2008).

Однооб'єктний дизайн дослідження є найпопулярнішим емпіричним підходом у галузі освіти людей із особливими потребами за Horner et al. (2005) та Gast (2010). На характеристиках цього підходу варто зупинитися детальніше через дві причини: саме цей дизайн дослідження є визначальним для ідентифікації доказовості методів/практик в галузі освіти, а також цей метод є маловідомим в Україні.

## Однооб'єктний дизайн дослідження

Освіта людей із особливими потребами є дисципліною, що фокусується на вирішенні проблем, і саме тому необхідне проведення досліджень в умовах, наближених до реальних. Саме однооб'єктний дизайн має характеристики, що роблять його найбільш відповідним для використання під час досліджень у галузі освіти людей із особливими потребами.

По-перше, у даному підході індивід (учень чи учні; переважно у дослідженні беруть участь від 3 до 5 осіб, хоча є випадки із залученням однієї людини) є об'єктом вивчення. Тобто параметричні характеристики (наприклад, нормальний розподіл) не є обов'язковими для встановлення причинного чи функціонального зв'язку між дією і наслідком. Ця особливість забезпечується завдяки основоположній логіці даного підходу, в котрій об'єкт дослідження є власною перевіркою чи контролем (показники до втручання порівнюються із даними під час або після нього).

По-друге, на відміну від групових моделей дослідження, однооб'єктний підхід дозволяє детальне вивчення тих індивідів, на яких втручання не подіяло. У групових дослідженнях ці учасники «губляться» в загальних показниках. Натомість детальне вивчення тих, на кого втручання не вплинуло, може дати поштовх до адаптації і корекції методики для підвищення її ефективності.

По-третє, однооб'єктний підхід є методом тестування навчальної чи поведінкової інтервенції. Результатом є недвозначний висновок про зв'язок між індивідуалізованим втручанням та очікуваними змінами.

По-четверте, підхід надає методологію для оцінки втручання власне у типових освітніх умовах. Тобто дослідження проводиться в реальних умовах (шкільний клас) або у максимально до них наближених.

По-п'яте, однооб'єктний підхід може використовуватися для перевірки валідності тієї чи іншої концепції. Гіпотези стосовно причин успішності чи невдачі у навчанні або у поведінковій корекції можуть бути підтверджені або відхилені за допомогою однооб'єктного дослідження.

На завершення, однооб'єктний підхід є резонним з точки зору вартості дослідження. Крім того, повторні дослідження у різноманітних умовах та з різними об'єктами можуть підвищити зовнішню валідність запропонованої методики/практики, а також дати вектор для більш масштабних рішень (наприклад, проведення витратних великих групових досліджень для ширшої демонстрації ефективності методу/практики).

Окрім вищезазначених особливостей підходу, існують важливі методологічні критерії однооб'єктного дизайну дослідження, що роблять його більш ефективним та прикладним у галузі освіти.

1. Опис учасників та умов дослідження має бути оперативним і дозволити, за потреби, точну реплікацію експерименту/втручання іншим дослідником: наприклад, загальна характеристика «агресивний» повинна бути замінена на опис конкретних агресивних дій: удари кулаком конкретних осіб (кого саме?) по конкретних місцях (куди саме?) із описом частоти та наслідків цих дій.

2. Залежна змінна, що являє собою видиму та доступну для об'єктивного вимірювання поведінку (наприклад, кількість слів за інтервал часу); оцінка залежної змінної проводиться до, під час і після втручання; залежна змінна обирається лише згідно з соціальною валідністю: тільки ту поведінку, що може покращити якість життя особи, слід вивчати.

3. Незалежна змінна – це метод, практика, втручання чи поведінковий механізм, ефективність чи правдоподібність яких вивчається; повинна бути операційно описана для наступних реплікацій іншими дослідниками; незалежна змінна (на зразок, матеріальне заохочення) активно маніпулюється для вивчення впливу на залежну змінну (наприклад, кількість виконаних завдань з математики);

4. Вихідні характеристики – це показники вимірюваної поведінки чи навички (на зразок, кількість піднімань руки під час уроку) до інтервенції; для уникнення впливу сторонніх факторів дані збираються доти, доки не встановиться певна стійка модель без тенденції до зростання чи спадання (наприклад, спостереження, під час яких встановлено середню кількість піднімань руки на рівні «4,5» із мінімальним значенням «4» і максимальним «5»).

5. Експериментальний контроль – це встановлення функціонального зв'язку між втручанням (незалежною змінною) та наслідком (покращення у поведінці об'єкта), що демонструється під час дослідження не менше трьох разів (фіксація змін у поведінці під час втручання і зміни після його відміни, фіксація змін після багаторазового використання втручання).

6. Візуальний аналіз – це ефективний та достатньо легкий спосіб оцінки рівня, тенденції та варіабельності даних дослідження під час різних його етапів.

7. Зовнішня валідність – це підтвердження результатів дослідження шляхом реплікації результатів з іншими учасниками та в інших умовах.

8. Соціальна валідність – це вимога щодо використання підходу виключно для вивчення явищ, що мають соціально важливі наслідки (на зразок, підтвердження ефективності

*Ресурси доказових практик (Torres et al., 2012)*

**Енциклопедія найкращих доказів (BEE), *www.bestevidence.org***

Цільова аудиторія: раннє дитинство – старші класи школи, учні, що навчаються англійською. Доступні ресурси: опис програм, контактна інформація, веб-сайт, звіти досліджень

**Національний центр аутизму (NAC), *www.nationalautismcenter.org***

Цільова аудиторія: особи із аутизмом від 3 до 21 року. Доступні ресурси: опис програм, лікувальні стратегії, цитати з досліджень

**Національний центр професійного розвитку з питань розладів спектра аутизму (NPDC on ASD), *www.autismpdc.fpg.unc.edu***

Цільова аудиторія: особи із аутизмом від 3 до 21 року. Доступні ресурси: опис програм, контактна інформація, веб-сайт, цитати з досліджень, покрокові інструкції, інструментарій збору даних

**Національний центр технічної допомоги у перехідний період після середньої освіти (NSTTAC), *www.nsttac.org***

Цільова аудиторія: учні середньої школи, навчання навичок щоденного життя. Доступні ресурси: опис програм, контактна інформація, веб-сайт, цитати з досліджень

**Центр обміну інформацією про методики, що працюють (WWC), *www.ies.ed.gov***

Цільова аудиторія: учні від молодших до старших класів. Доступні ресурси: опис програм, контактна інформація, веб-сайт, цитати з досліджень, вартість

методів покращення читання в учнів з аутизмом, зменшення аутоагресивної поведінки в осіб із особливими потребами).

Виконання вищезазначених вимог дає можливість провести високоякісне дослідження та підтвердити чи відхилити гіпотезу щодо ефективності методу/практики (Horner et al., 2005; Gast, 2010). Проведення п'яти і більше результативних досліджень із залученням 20 і більше учасників дозволить ідентифікувати конкретну методику/практику як доказову. Наведемо приклад застосування цих критеріїв для оцінки Тренінгу функціонального спілкування (FCT) як доказового (Horner et al., 2005):

- FCT включає методики, що дозволяють оцінити, які саме поведінкові наслідки підкріплюють небажану поведінку;
- FCT навчає ефективної та соціально прийнятної альтернативної поведінки, що має бажані наслідки;
- FCT мінімізує підкріплення небажаної поведінки;
- FCT задокументовано як ефективну практику через демонстрацію позитивного ефекту у восьми дослідженнях (із подальшими публікаціями у рецензованих виданнях) із залученням 42 учасників.

FCT є лише однією із численних доказових практик в освіті, зокрема людей із особливими потребами. Крім того, існують методи/практики, що є близькими до встановлених критеріїв доказовості, так звані «перспективні» чи «багатообіцяючі», а також практики із слабкою доказовою базою. У США створено інформаційні ресурси, що об'єднують дані про доказові методи/практики і є своєрідними вказівниками для прийняття рішень у галузі освіти: від вибору методу навчання до прийняття законодавчих актів.

Після наведеної вище інформації про доказовість, методи досліджень в освіті (однооб'єктний дизайн дослідження), а також наявні ресурси, котрі об'єднують останню інформацію щодо методик із підтвердженою ефективністю, складається враження про ідеальний стан справ у системі освіти в західних країнах та США. Проте Carnine (2000) заявив, що американські освітяни і надалі більш широко використовують практики, дієвість яких є значно нижчою, аніж у доказових. Присутність в освіті методів навчання, що не підтверджені емпірично, негативно впливає на рівень академічних досягнень учнів, ефективність праці вчителів та має відтерміновані наслідки (наприклад, низька успішність у школі може стати причиною малооплачуваної роботи в майбутньому та невисокого соціально-економічного статусу, а також є фактором ризику для ряду психологічних проблем).

З огляду на вищезазначене, які висновки можуть зробити українські освітяни? Який досвід варто перейняти від західних колег, а який – ні? Чи стане українська освіта, зокрема осіб із особливими потребами, доказовою? Такі питання потребують комплексних відповідей із залученням експертів із різних сфер. Та дискусію слід розпочати якомога швидше.

## Дискусія

Немає жодних сумнівів у тому, що використання методів навчання, котрі пройшли багаторазову емпіричну перевірку, матиме позитивні наслідки для користувачів і працівників сфери освіти, зокрема людей із особливими потребами. За наявності багаторічного досвіду ефективного застосування певних методик потреба винаходити їх знову просто відпадає. Інакше кажучи, колесо вже винайдене, і його лише потрібно адаптувати у домашніх умовах. Проте впровадження будь-якого нововведення у любій галузі – це ретельний покроковий процес, що матиме прибічників та противників і неодмінно торкнеться наступних питань.

### *Чи варто впроваджувати в Україні нові практики освіти?*

Фокусуючи увагу на питаннях освіти людей із особливими потребами, відповідь однозначна – так, в Україні необхідно впроваджувати нові методики. Часто українські спеціалісти користуються не лише застарілими методиками, а й «віджилими» інструментами (наприклад, логопедичний шпатель більшість західних спеціалістів бачили лише в підручниках, вивчаючи історію логопедії). Ще донедавна, а можливо і сьогодні в українських університетах викладається наука про дефект – дефектологія. В той самий час, у більшості цивілізованих країн світу гуманізують термінологію і роблять усе можливе для уникнення стигматизації людей із особливими потребами. Велика кількість дітей в Україні проживають в інтернатах різних профілів, далеко від сім'ї або взагалі без неї.

Наслідками впровадження нових методик стануть учні з кращими знаннями та життєвими навичками, батьки, задоволені успіхами своїх дітей, навчання для дітей, котрі вважались «такими, що не підлягають освіті», успішні вчителі та інші спеціалісти, які працюють із особами з особливими потребами, а також відтерміновані зміни у суспільстві в цілому (ріст толерантності до неповносправних осіб, практичне виконання законодавчих статей щодо доступності освіти для всіх без виключень). Звичайно, нові практики в освіті не зроблять миттєвого чуда, але це буде серйозний поштовх до зміни підходу в навчанні, що матиме негайні та пролонговані наслідки. Крім того, Україна має унікальну можливість скористатися лише позитивним досвідом західних колег і уникнути зроблених ними помилок.

### *Чи працюватимуть західні методики в Україні?*

Беручи до уваги приклад методик, що пройшли апробацію у США, відповідь на це питання буде позитивною. США є мультикультурним та мультинаціональним середовищем, що часто враховується під час досліджень. Тобто вибірки досліджуваних осіб складаються без урахування кольору шкіри, релігійної чи культурної приналежності. І це означає, що апробовані методи мали позитивний ефект на людей різних національностей.

### *Як швидко можна використовувати методики?*

Для коректного і адекватного використання методик необхідним компонентом є реплікація досліджень із повторенням позитивного результату. Тобто простого перекладу на рідну мову недостатньо. Існують методологічні та правові аспекти валідизації методики в країні. Процес потребує залучення вчителів, дослідників, представників офіційних органів. Однак принципи та основні ідеї методик можна використовувати вже сьогодні.

### *Чи зможуть доказові практики стати домінуючими в українській системі освіти?*

Об'єктивних причин для відмови від ефективних та сучасних методик немає. Проте відповідь на це запитання повинні дати представники освіти та органів, що несуть відповідальність за навчальні програми. Ймовірно також, що батьки осіб із особливими потребами, численні неурядові організації та прогресивні спеціалісти чинитимуть на владу тиск і вимагатимуть змін у навчальних програмах підготовки спеціалістів, для дітей із проблемами розвитку та ін.

У будь-якому разі, зміни прийдуть, підтримані тією чи іншою стороною (наприклад, масштабні освітні проекти за підтримки світових чи європейських благодійних фондів).

### *Чи дозволить український бюджет впровадження нових методик?*

Фінанси часто є останньою інстанцією у прийнятті рішень. Основним аргументом для інвестиції коштів в освіту є незаперечна істина: капітал, вкладений в освіту, – це капітал, вкладений у майбутні покоління та у розвиток держави в цілому. Сучасний світ є інформаційним, і тому якісна освіта повинна бути невід'ємним державним пріоритетом. Отже, гроші на освіту є суспільною вимогою.

## Висновки

Доказові методики/практики – це реальна та найактуальніша перспектива розвитку галузі освіти осіб із особливими потребами. Ефективність таких практик є значно вищою, ніж тих, результати впливу яких не були підтверджені в ході досліджень. Для підтвердження чи ідентифікації методу як доказового використовується однооб'єктний дизайн дослідження. Особливі характеристики та критерії однооб'єктного підходу роблять його винятково підходящим для використання у сфері освіти. На сьогодні існують інформаційні ресурси, що містять дані про вже підтверджені та перспективні доказові методики. Впровадження в Україні нових освітніх методик матиме значний позитивний вплив на користувачів та працівників цієї галузі.

Незважаючи на те, що основні рішення приймаються офіційними особами, батьки, неурядові організації, прогресивні спеціалісти можуть і будуть чинити вплив на зміну теперішнього стану справ у галузі освіти людей із особливими потребами. Усі зміни, що відбуваються в сфері освіти таких осіб, повинні перш за все виходити з інтересів самої людини та спрямовуватися на покращення якості її життя.

## Література

1. American Psychological Association. Washington D.C., 5th ed. – 2001.

2. Evidence-based practice in communication disorders. Position Statement / American Speech-Language-Hearing Association. – 2005; www.asha.org.

3. Carnine D. Why education experts resist effective practices: and what it would take to make education more like medicine. – Washington D.C.: Thomas Jordan Foundation, 2000.

4. Gast D. Single subject research methodology in behavioral sciences. – NY: Routledge, 2010.

5. Gersten R., Fuchs L., Compton D., Coyne M., Greenwood C., Innocenti M. Quality indicators for group experimental and quasi-experimental research in special education // Exceptional Children. – 2005. – 71. – P. 149-164.

6. Horner R.H., Carr E.G., Halle J., McGee G., Odom S., Wolery M. The use of single-subject research to identify evidence-based practice in special education // Exceptional Children. – 2005. – 71. – P. 165-179.

7. Hursh D. Review of teaching methods that really works! Evidence based methods of instruction // Education & Treatment of Children. – 2011. – 34 (3). – P. 411-414.

8. McDuffle K., Scruggs T. Understanding qualitative research and its role in determining evidence-based practices // Intervention in School and Clinic. – 2008. – 44. – P. 91-97.

9. Randolph M.A. National Standards Report: National Standards Project – Addressing the need for evidence-based practice guidelines for autism spectrum disorders / National Autism Center, 2009.

10. Snell M., Brown F. Instruction of students with severe disabili-ties, 7th ed. – Upper Saddle River. – NY: Pearson/Merrill Prentice Hall, 2011.

11. Spencer D., Detrich R., Slocum A. Evidence-based practice: a framework for making effective decisions // Education and Treatment of Children. – 2012. – 35 (2). – P. 127-151.

12. Torres C., Farley C., Cook B. A special educator's guide to successfully implementing evidence-based practices // Teaching Exceptional Children. – 2012. – 45. – P. 64-74.

13. Whitehurst G. Evidence-based education / Paper presented at the Student Achievement and School Accountability Conference. – 2002; www2.ed.gov.

# Несколько слов об аутизме, детской психиатрии и инклюзии

*О.В. Доленко,*
*Ассоциация психиатров Украины*

## О детской психиатрии

Посмотрела фильм Любови Аркус «Антон тут рядом» и дискуссию «Открытого показа» в РИА Новости. Фильм – потрясающий, Любовь Аркус – необыкновенная. Огорчило то, что, оказывается, даже в Москве – столице огромной страны, как и у нас нет диагноза «аутизм». Всему миру известна официальная статистика, колоссальные профессиональные ресурсы во многих странах задействованы для исследований и поиска эффективных реабилитационных технологий, а у нас по-прежнему с трибуны выступают «специалисты» самого высокого ранга и говорят вещи, от которых становится стыдно. Произнесенная известным экспертом в области аутизма фраза «Россия богата ноотропами» может конкурировать разве что со знаменитым выражением «В Советском Союзе секса нет». После того как уже в течение нескольких десятилетий накоплен опыт диагностики и реабилитации аутизма, разговоры о шизофрении просто нелепы. Я еще как-то могу оправдать своих коллег преклонного возраста, которые могут и не читать современной профессиональной литературы, не знать английского языка и не уметь пользоваться Интернетом. Но почему не слышно современных молодых психиатров, которые сегодня имеют возможность получать информацию, что называется, из первых рук?

Полтора года назад в наш центр обратилась бабушка мальчика, родители которого живут на севере России. Речь шла об очень сообразительном шестилетнем ребенке, проблемы которого укладывались в диагноз «высокофункциональный аутизм». Получив соответствующие рекомендации, бабушка отправила внука к родителям. Каково же было наше возмущение, когда мы узнали, что детские психиатры отказали ребенку в назначении пособия, предложив сначала лечь в психиатрическое отделение на три месяца и полечиться нейролептиками, а уже потом «будет видно». Не обошлось и без шантажа: «У него шизофрения, если сейчас не пролечите – потом будет хуже». Кстати, сейчас мальчик учится в общеобразовательной школе. Страшно подумать, что было бы с ним, если бы родители послушались совета «специалистов». Но и в Украине ситуация с диагностикой и реабилитацией аутизма ничуть не лучше. Давно уже собираюсь начать горькую статистику высказываний моих коллег на эту тему: «У вас там, в Запорожье, что, мода на аутизм?», «Вот если бы вашему ребенку доктор Доленко не поставила аутизм, можно было бы назначить

лечение, и он бы заговорил, а теперь нельзя, потому что аутизм не лечится», «Не ходите на прием к этому врачу – она всем подряд аутизм ставит!», «Я вам назначу стимуляторы, проколите, если через 3 месяца не заговорит – значит аутизм» и т. д. Что делать родителям, которые буквально разрываются между противоположными рекомендациями, боясь упустить драгоценное время? Украина так стремится в европейское сообщество... Но каким образом наше государство собирается соблюдать европейские стандарты, если мы топчемся на месте там, где наши коллеги работают уже давно, где создана единая система подготовки специалистов, и нам остается только перенять их опыт?

## О специалистах

Когда несколько лет назад мы с коллегами увидели, насколько эффективна АВА-терапия (метод прикладного анализа поведения) при аутизме, радости нашей не было конца. Все наши ресурсы, физические и материальные, были брошены на теоретическое изучение и стажировки в этом направлении. Несмотря на скептическое отношение официальной психиатрии и многих коррекционных учреждений, АВА-терапия постепенно стала внедряться в реабилитацию аутичных детей, в основном за счет энтузиазма самих родителей. Стали появляться и специалисты в области поведенческой терапии, во всяком случае, они так себя называют. Поскольку запрос на экспертов в этой области возрос многократно, а поведенческих терапистов с практическим опытом работы пока еще единицы, возникла ситуация, при которой родители, узнав об эффективном методе помощи, готовы пойти на любые затраты в поисках специалиста для своего ребенка. Не вижу ничего несправедливого в том, что специалист, чьей профессиональной подготовкой занималось не государство, а он сам, предлагает свои услуги за определенную плату. Но при этом никто не отменял профессиональной и моральной ответственности за свои действия. С тревогой наблюдаю, как постепенно начинает дискредитироваться замечательный метод, когда 1-2-часовые занятия в неделю рекламируются родителям как АВА-терапия, в то время как именно интенсивность вмешательства является основным условием его эффективности. Понятно, что не многие родители могут себе позволить собственного поведенческого тераписта, но тогда они должны знать правду, и, возможно, степень их собственного участия в процессе реабилитации значительно повысит эффективность. С огорчением наблюдаю за тем, какие метаморфозы происходят с некоторыми, безусловно, способными терапистами, которые почувствовали себя незаменимыми и не допускают самых робких возражений со стороны родителей, готовых на любые условия, лишь бы с их ребенком не бросили заниматься. А как насчет сотрудничества и уважительного отношения к мнению родителей, на чьи деньги, кстати, продолжается обучение некоторых новоявленных терапистов? Мне кажется, высокая квалификация специалиста – это, прежде всего, высокая культура и ответственность, когда он никогда не позволит себе опоздание, отмену занятия без серьезной причины, пренебрежительные реплики наподобие «Я – специалист, мне лучше знать, а вы не понимаете».

Радует, что родители в нашей стране наконец-то активизировались, понимая, что от государства они реальной помощи не дождутся. Благодаря их усилиям, открываются различные центры помощи детям с аутизмом, благотворительные организации. Жаль только, что вместо того чтобы объединившись, реально изменить ситуацию, они стали конкурировать друг с другом.

## О родителях

Никогда не позволяла себе раньше публично высказывать упреки в адрес родителей, понимая, какое испытание выпало на их долю, но, справедливости ради, отмечу, что лично наблюдаю ситуации, когда именно поведение родителей не только ухудшает состояние аутичного ребенка, но и практически лишает его возможности, пусть и потенциальной, развиваться и адаптироваться. Нередко в отчаянном стремлении сделать все, чтобы жизнь их ребенка внешне выглядела так же, как у обычных детей, они не замечают очевидных вещей. Одна мама с гордостью принесла мне видеозапись новогоднего утренника, на котором побывала ее аутичная дочка. Я, честно говоря, вообще не люблю утренники в детских садах, которые, как правило, у нас устраиваются не для детей, а для родителей, но от увиденного в этот раз пришла в ужас. Запись длилась 2 часа от момента переодевания девочки, несмотря на ее жалобные протесты, в неудобный тесный и колючий новогодний костюм, и формирования прически с множеством тугих резинок, до окончания, когда огромный и шумный Дед Мороз вручил подарок ничего не понимающему ребенку. В течение всего утренника девочка с напряженным и растерянным выражением лица заученно повторяла за детьми танцевальные движения и даже пела в такт музыке. Было совершенно очевидно, что все это действо не только не доставляло ей удовольствие, но, скорее, причиняло, мягко говоря, дискомфорт. Степень напряжения была такая, что она даже истерику не смогла «закатить», что было бы совершенно адекватно в той ситуации. Что чувствовала мама, пересматривая эту запись? Гордость от того, что ее девочка празднует Новый Год «как все дети»?

Вообще детский сад – самая трудная тема при общении с родителями. Одну мою маленькую аутичную пациентку сотрудники детского сада пытались «выпихнуть» из группы в течение года. Каждый день они рассказывали ее маме о том, какая она агрессивная и шумная, не выполняет требования и не сидит на занятиях за столом, мешая другим детям заниматься, убегает на улице от воспитателя и т. д. Но мама упорно настаивала на пребывании своего ребенка в группе. На вопрос не приходило ли маме в голову забрать девочку из этого сада, она возмутилась: «Вы что, хотите сказать, что моему ребенку не нужен садик?». Нужен, конечно, нужен, всем детям нужен садик и общение с детьми, но не такой ценой! Когда ваш малыш не принят взрослыми, которые не знают, что с ним делать, а споры с мамой только подогревают негативное к нему отношение, разве не очевидно, что это наносит вред его состоянию?

Проблемное поведение аутичного ребенка в группе детей – это отдельный разговор. Думаю, что никто из родителей особых детей не вправе требовать от окружения толерантности, понимания и сочувствия, если не обеспечивается безопасность всех детей в группе, независимо от того, есть у них проблемы развития или нет. Любая мама способна на сочувствие и сострадание к чужому ребенку (в том числе и с проблемами развития) только в том случае, если она уверена, что ее собственного никто не обидит и не испугает. Это означает, что если в группе находится малыш, склонный к разрушительным или агрессивным действиям, он нуждается, как минимум, в дополнительном взрослом, который способен организовать вокруг него безопасную социальную среду. Причем нередко вокруг аутичного ребенка складывается противоположная ситуация, когда он беспомощен среди обычных детей. И в этом случае особый ребенок должен находиться под опекой компетентного взрослого. А что в нашей действительности? Один воспитатель на 25-30 детей, среди которых,

как минимум, 5-6 нуждаются в специальной опеке. Каким бы осведомленным в коррекционной педагогике он не был, физически невозможно обеспечить безопасное окружение одновременно для всех детей. Удивительно, что именно те родители, которые не в состоянии сами управлять своим ребенком и пяти минут, наиболее рьяные сторонники оформления его в детский сад. Однажды во время консультации я спросила маму, наблюдая за тем, как ее малыш за одну секунду побывал во всех шкафах и сбросил на пол все, что смог достать: «Как вы думаете, каким образом воспитатель сможет контролировать ребенка в детской группе?». Реакция мамы почти всегда предсказуема: «Ну ему же надо общаться с детками!».

Конечно, выход есть. В тех странах, где умные люди решают подобные вопросы, уже давно существует институт помощников педагогов, тьюторства, волонтерства и т. п. Там считается недопустимым ситуация, когда один ребенок представляет опасность для другого. И инклюзия особого ребенка в общую группу – нередко долгий и постепенный процесс.

## Об инклюзии

В последнее время у меня развилась идиосинкразия на слово «инклюзия». Я его просто не могу слышать. Как всегда у нас бывает, хорошая идея подхватывается некомпетентными людьми, формально внедряется везде и всюду, доводится до абсурда, а потом рапортуется «наверх» о том, что мы еще ближе приблизились к европейским стандартам.

Во-первых, инклюзия предполагает уже сформированное толерантное общество, в котором помощь слабому и беззащитному – обязательный элемент культуры. А вот самые невинные реплики взрослых, которые слышны на улице там, где есть дети: «куда пошел, вернись немедленно, а то получишь у меня», «не стучи ногами», «не ковыряйся в носу», «не бегай», «не прыгай», «сиди спокойно», «не мешай маме», «не лезь к папе» и т. д. Но это еще цветочки по сравнению с тем, что происходит в некоторых семьях, где особый ребенок физически наказывается за те вещи, которые не в состоянии понять именно в силу своей проблемы. Например, аутичный малыш прячется в другой комнате и «делает» в штанишки там, так как знает, что это плохо, и за испачканную одежду он каждый раз подвергается наказанию. А возможно, он находится во власти стойкой привычки делать свои дела в подгузник, к которому его приучили родители. А чего стоят заявления родителей «он понимает только ремень!». И это о тяжело больном ребенке, который ни в чем не виноват! Мы хотим в Европу? Но в Великобритании за физическое наказание ребенка – до двух лет тюрьмы. Представляете, скольких родителей уже бы посадили, согласно европейским стандартам, к которым мы так мечтаем приблизиться? Почему чужие люди должны терпимо относиться к проблемному поведению ребенка, если его собственные родители не собираются проявлять терпимость?

Я не частый гость за границей, но даже моего небольшого опыта достаточно, чтобы каждый раз «впадать в депрессию» от того, насколько отличается отношение к детям у них и у нас. Уже все знают о том, что в супермаркете любой европейской страны никто не будет кричать на ребенка, если он взял с полки батончик или сбросил что-либо на пол. В Германии наблюдала, как в вагон метро зашла мама с аутичной девочкой, поведение которой сразу выдавало ее проблему. Никто из присутствующих пассажиров не глазел на ее «повторячки», а лицо мамы вовсе не было таким напряженным, как у наших мам в подобных ситуациях. Последние и самые

яркие впечатления от отношения к детям оставила у меня Турция, где в настоящее время живет моя дочь. Надо сказать, что в Турции – культ детей, а турки – фанаты детей. Улыбки не сходят с их лиц, когда они смотрят на детей, как своих, так и чужих. У меня создалось впечатление, что турецким детям позволяется все, что угодно, и при этом они почему-то ничего не разрушают вокруг себя. Однажды мы с дочерью сидели в кафе и наблюдали ситуацию, когда аутичный мальчик ходил по залу, потряхивая руками и подпрыгивая специфическим образом. Он брал со столов посетителей столовые приборы и потом выкладывал их в ряд на своем столе. Никто не просто не делал ему замечаний, но, что поразительно, посетители кафе, понимая, что это необычный ребенок, и не пытались вступить с ним в контакт, предвидя, что могут его напугать. Официанты с тяжелыми подносами в руках аккуратно его обходили. Никто не вмешивался в поведение мамы, предоставляя ей возможность самой контролировать ситуацию. У нас же маму аутичного ребенка просто засыпают бесполезными советами все, кому не лень, от некомпетентных специалистов до прохожих на улице.

Конечно, есть потрясающие родители, любящие, терпеливые и понимающие своего аутистичного ребенка как никто другой, но и они, как правило, не влияют на общий уровень культуры родительства в нашей стране. И что самое печальное, такие родители далеко не всегда способны активно защищать права своего малыша, нередко подчиняясь самым нелепым и даже вредным рекомендациям некомпетентных врачей и педагогов, а иногда и просто шарлатанов. Как можно отдавать своего беспомощного ребенка в психиатрическую больницу или колоть ему болезненные уколы, эффективность которых вызывает большие сомнения? Как можно терпеть некомпетентные претензии воспитателей и требования принести справку от психиатра (что, кстати, запрещено законом)?

Во-вторых, инклюзивное образование – далеко не единственный метод обучения при аутизме. Это всего лишь один из вариантов, который может быть звеном в системе поэтапной адаптации ребенка. Инклюзия предполагает серьезную подготовку специалистов, использующих различные техники поведенческой терапии в инклюзивной группе. То, что аутичному ребенку разрешили посещать общеобразовательную группу или класс, совсем не инклюзия и даже не ее подобие. Это очередное испытание его нервной системы на прочность, а родители, скорее, ощутят горькое разочарование, чем удовлетворенность. И их не должны успокаивать разговоры о том, что надо же было как-то начинать, и это лучше, чем ничего и т. п. То же самое произошло с так называемым индивидуальным обучением, когда формальное и некомпетентное отношение к проблемам особых детей вылилось в то, что домой к ним приходят учителя, не представляющие что с ними делать, как и чему учить. А одна из мам, понимая, что ее ребенок не в состоянии воспринимать процесс обучения в том виде, в котором ему предлагают, осмелилась вообще отказаться от образовательных услуг. В ответ она получила угрозы медико-педагогической комиссии. «Вас лишат родительских прав за то, что вы не даете своему ребенку шанса на обучение».

Я вообще не понимаю дискуссии на тему, где быть аутичным детям – среди обычных людей или в изоляции. Должна быть система, в которой каждый конкретный человек может находиться в том месте, где он может быть счастлив и ощущать себя в безопасности. Если у ребенка тяжелая форма аутизма, и обычное социальное окружение слишком травматично для него, возможно, лучшим вариантом было бы

индивидуальное обучение или специализированное учреждение, при условии, что с ним там работают профессионалы. Возможно, что малыш в дальнейшем сможет расширить свои социальные контакты. Или если мама аутичного ребенка не в состоянии обеспечить ему должный уход в силу определенных жизненных обстоятельств, государство обязано предоставить ему надлежащую опеку и обучение, если, конечно, мы серьезно говорим о европейских стандартах жизнеобеспечения. Понятно, что дети с легкими формами аутистических расстройств должны быть интегрированы в обычную среду, но, опять же, только при условии профессионального и последовательного процесса инклюзии. Иначе последствия такой «инклюзии», когда беззащитный ребенок брошен в непонятную и непредсказуемую для него шумную школьную среду с насыщенной и во многом совершенно бесполезной общеобразовательной программой, могут стать самими печальными. Насколько мне известно, в Израиле любой аутичный ребенок имеет возможность посещать государственное учреждение, но какого типа, зависит от его актуального состояния, при этом уровень доверия родителей к специалистам достаточно высокий, они должны быть уверены в том, что решение принимается в пользу их малыша. Как у нас принято считать, далеко не каждый аутичный ребенок способен посещать общеобразовательное учреждение, но это лишь означает, что необходимы специальные условия, максимально способствующие его развитию, а родители должны быть удостоверены в том, что об их ребенке заботятся, а не пытаются избавиться.

Не знаю, что должно произойти, чтобы ситуация изменилась. Иногда мне кажется, что для этого нужно не так уж много. Удалось же Любови Аркус, благодаря своему неравнодушию, коренным образом изменить жизнь Антона.

# Лаура Диббл: «Главная цель дневной терапевтической программы – дать детям возможность функционировать, получать образование и развиваться в наименее стесненных условиях, насколько это позволяет психическое расстройство»

Интервью с Лаурой Диббл (Laura Dibble) – известным в США специалистом по терапевтическим программам, совмещающим терапию и обучение детей с тяжелыми психическими расстройствами.

**– Доктор Диббл, расскажите, пожалуйста, что представляет собой дневная терапевтическая программа и какие цели она преследует?**

– Программа предназначена для детей в возрасте 5-13 лет, которые страдают тяжелыми эмоциональными нарушениями. На нашей основной базе в учебном городке мы можем одновременно оказывать помощь 45 детям. Еще около 20 детей получают помощь в рамках программы на базе других учебных заведений. Показанием для включения в программу являются тяжелые эмоциональные расстройства. Диагноз по DSM-IV не имеет решающего значения. Среди учащихся преобладают дети с дефицитом внимания, разрушительным поведением, первазивными расстройствами развития (расстройствами из спектра аутизма), нарушениями пищевого поведения.

Курирует дневную терапевтическую программу отдел психического здоровья графства Онондага (Сиракузы, Нью-Йорк, США). Управление программами психического здоровья в графстве, к числу которых относится и наша дневная терапевтическая программа для детей, осуществляет комиссар по охране психического здоровья. Непосредственно работу нашей программы контролирует дирекция, состоящая из руководителя программы и двух заместителей. Другие сотрудники, которые принимают участие в проекте, – пять социальных работников, специалисты по уходу за ребенком и специальный педагог.

Каждый класс состоит из 8 учащихся, соответствующих критериям тяжелого эмоционального расстройства (SED Criteria Checklist). С каждым классом работают 2-3 специалиста по уходу за ребенком и специальный педагог. Детский психиатр является консультантом программы и работает неполный рабочий день, примерно 12 часов в неделю.

Первичный набор детей для дневной терапевтической программы осуществляется централизованно для всех школьных округов графства специальным комитетом программы.

В центральный комитет дневной терапевтической программы входят представители всех его отделений, созданных в учебных округах, совета совместных образовательных услуг графства (BOCES), местных образовательных округов. BOCES обязан своим происхождением законодательному акту, разрешающему формирование промежуточных школьных округов. Принятый в 1948 г. акт был направлен на создание условий объединения ресурсов в небольших сельских школьных округах с целью обеспечения услуг, которые в противном случае были бы экономически невыгодными, неэффективными или недоступными.

Если ребенок страдает эмоциональными расстройствами, которые являются показаниями для оказания ему помощи в рамках нашей программы, он направляется на трехдневную диагностику, по результатам которой проводится медико-педагогическая оценка. Во время этой оценки ребенок получает терапию, посещает школьные занятия, его консультируют психиатр и психолог. Далее проводится заседание, на котором ребенка обсуждают специалисты, проводившие оценку его функционирования: директор дневной терапевтической программы, клинический психолог, специальный педагог, социальный работник, учитель физкультуры, работник по уходу за ребенком, представитель BOCES, медсестры. Также могут принимать участие родители и/или опекуны и другие поставщики услуг. Если ребенку отказывают в участии в программе, ему даются рекомендации в отношении более подходящих форм и места обучения. Центральный комитет дневной терапевтической программы может обратиться к руководителям другой терапевтической или образовательной программы на территории округа.

**– Насколько эффективна такая модель совмещения психиатрической помощи и специального образования? Какие преимущества для детей с психическими расстройствами и общества она дает?**

– Одной из целей программы является устранение препятствий к получению образования детьми с тяжелыми эмоциональными нарушениями и разрушительными формами поведения. Это невозможно без создания определенных условий для обучения и проведения специальных терапевтических вмешательств.

Главная цель дневной терапевтической программы – дать детям возможность функционировать, получать образование и развиваться в наименее стесненных условиях, насколько это позволяет психическое расстройство. После завершения программы многие дети возвращаются в общеобразовательные школы, и тот факт, что такой цели удается достичь, свидетельствует об ее эффективности.

Интеграция систем психиатрической помощи детям и образования требует значительных финансовых ресурсов, что, однако, имеет очень важное значение для американского общества, которое поддерживает эти затраты. Данные статистики указывают на то, что если дети с эмоциональной нестабильностью и поведенческими нарушениями не получают своевременной психиатрической помощи и специальных образовательных услуг, обеспечивающих их социальную интеграцию, они с большей вероятностью могут стать преступниками или наркозависимыми, что в долгосрочной перспективе сопряжено с бременем гораздо больших затрат.

**– Расскажите, пожалуйста, об истории создания вашей программы.**

– История дневной терапевтической программы берет начало с 60-х гг., когда был открыт Фэрмаунтский детский центр (Пенсильвания, США). До этого времени, в 40-50-х гг., в Фэрмаунте действовал центр социальной реабилитации, в котором проводили обучение слепых навыкам выполнения сельскохозяйственных работ. Таким образом, у нашего учреждения давняя история в области социальной реабилитации людей с особыми потребностями. В 1969 г. в детском центре северной части штата было организовано оказание медицинской помощи детям с особыми потребностями. Программа продемонстрировала свою высокую эффективность и успешно развивалась. Проект очень популярен в нашем штате в течение последних двадцати лет. Его поддерживает правительство штата, медицинская общественность, родители.

**– Доктор Диббл, как разрабатываются и реализуются планы лечения для детей в дневной терапевтической программе? Расскажите о функциях, которые выполняют различные специалисты в вашем центре.**

– При проведении терапии используется командный подход. Устанавливаются конкретные цели для каждого ребенка и члена команды. Команда специалистов и семья ребенка регулярно обсуждают достигнутые результаты, существующие проблемы и пересматривают цели по мере необходимости. Результаты обсуждения фиксируются и доступны для любого члена команды. Все специалисты стараются помочь ребенку в пределах своей компетенции, ставят свои цели, работая в рамках общей терапевтической стратегии.

Особое место в нашей программе занимают специалисты по уходу за детьми, которые непосредственно контактируют с учащимися в классе и за его пределами в течение дня. Это не просто помощники учителя, интеграторы – они обладают специализированными навыками и выполняют важные терапевтические функции. Специалисты по уходу за детьми обучены тому, как научить ребенка социальным навыкам, как помочь ему справиться с импульсивностью и периодами отчаяния, в их функции входят мониторинг изменений и регулярное обсуждение с ребенком целей и успехов в их достижении.

Детский психиатр выполняет особую функцию, встречаясь с ребенком раз в неделю, работает непосредственно с ним, ставя индивидуальные терапевтические задачи. Кроме того, врач отдельно с родителями обсуждает вопросы терапии.

Социальные работники и психологи выполняют в программе функции терапевтов для детей, проводят групповую терапию, обеспечивают работу нескольких специализированных терапевтических групп. В их задачи также входит обеспечение всех детей советами и поддержкой.

Кроме того, у нас есть две медсестры, которые занимаются разнообразными общемедицинскими, а также психологическими проблемами учащихся, выполняя большой объем работы по консультированию и обучению, работая как с детьми, так и с их семьями. Например, к сфере их компетенции относится обучение родителей мониторингу побочных эффектов препаратов, что может в значительной мере повлиять на формирование у родителей больного ребенка приверженности к лекарственной терапии, помочь им почувствовать себя уверенно и комфортно.

Все учителя, работающие в программе, имеют специальное образование, позволяющее учитывать особые потребности детей в процессе обучения.

**– С какими сенсорными нарушениями у детей вы сталкиваетесь наиболее часто?**

– Мы имеем дело с целым спектром сенсорных нарушений у пациентов, принимающих участие в дневной терапевтической программе. Консультации детского психиатра, физиотерапевта и логопеда позволяют разработать стратегию борьбы с сенсорными нарушениями. Специалисты по уходу за детьми обеспечивают выполнение детьми индивидуальных программ сенсорной коррекции. Учитель физкультуры, физиотерапевт и логопед могут самостоятельно проводить коррекцию сенсорных нарушений в пределах своей компетенции.

Сенсорные проблемы у учащихся могут быть представлены вестибулярными нарушениями, сопровождаясь позными и двигательными расстройствами; проявляться снижением или повышением тактильной и глубокой проприоцептивной чувствительности, сопровождаться повышенной заинтересованностью в телесном контакте или избегании его. Дети могут иметь повышенную или пониженную чувствительность к звукам, необычные вкусовые предпочтения. У некоторых детей наблюдается целый спектр сенсорных нарушений разных модальностей.

**– Какие интервенции/дополнительные ресурсы можно использовать для удовлетворения особых сенсорных потребностей учащихся с эмоциональными нарушениями?**

– У нас есть специальные сенсорные инструменты, которые могут использоваться в каждом классе, включая мячи, маты, особые сидения, обтягивающие тело сенсорные жилеты, носки, одеяла с утяжелителями, большие круглые резинки на стол, крупные эластичные игрушки, которые можно сжимать, тискать, пинать, специальные жевательные резинки, системы с наушниками для аудиостимуляции. Кроме того, мы имеем специальные школьные доски, представляющие собой интерактивные диалоговые системы для коррекции сенсомоторных нарушений (Win a SMART Board interactive whiteboard system). Важным ресурсом для сенсорной коррекции являются помещения, лишенные сенсорных раздражителей, в которых учащиеся могут уединяться с целью успокоения.

За пределами учебных помещений находятся дополнительные оборудования, которые слишком велики для работы в классе, например батуты, скутеры. Этот инструментарий может применяться детьми, которым полезны высокоамплитудные движения.

Еще одним методом сенсорной стимуляции является позволение принимать пищу во время урока. Терапевтически полезными могут быть как процесс пережевывания пищи, так и стимуляция вкусовых рецепторов, повышение уровня глюкозы в сыворотке крови.

**– Как сотрудники дневной терапевтической программы оценивают у учащихся степень невнимательности?**

– Тяжесть нарушений активности и внимания в США оценивают с помощью диагностических критериев DSM-IV-TR в процессе клинического интервью. Мы располагаем результатами такой оценки к моменту поступления ребенка в наш центр. Большинство поступающих к нам детей также имеют результаты специального психологического тестирования (шкала Коннерса, BASC-рейтинги). Результаты психометрических оценок не позволяют непосредственно определить тяжесть дефицита внимания, но помогают при ее оценке. Мы собираем дополнительную информацию, наблюдая за поведением ребенка в классе и вне учебного процесса. В итоге, все полученные данные мы рассматриваем в контексте ребенка, среды, истории жизни и заболевания.

**– Какие интервенции может использовать учитель во время урока для того, чтобы добиться восприятия ребенком учебного материала?**

– В процессе урока учитель излагает информацию ребенку с расстройством с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ), дает тестирующие задания дискретно, последовательно привлекая его внимание к каждому новому заданию. Для занятий важно обеспечить обстановку с минимальным количеством отвлекающих раздражителей, периодически проводить сенсорную активацию учащегося, учитывая его сенсорные особенности. Полезными могут быть комплекс физических упражнений во время урока, позитивное эмоциональное подкрепление, стимуляция жевательной мускулатуры. Мы также используем системы Win a SMART.

**– Применяете ли вы препараты для коррекции нарушений внимания у учащихся, и существуют ли альтернативы назначению психостимуляторов?**

– Возможности психофармакотерапии в коррекции нарушений активности и внимания у детей также широко используются в нашей программе. Мы применяем как психостимуляторы (метилфенидат и амфетамин), так и нестимуляторы (α-агонисты

и атомоксетин). Из α-агонистов предпочтение отдается клонидину и гуанфацину с замедленным высвобождением. При наличии ассоциированной с невнимательностью агрессии возможно применение атипичных антипсихотиков, прежде всего рисперидона и арипипразола. Высокая эффективность и безопасность делают психостимуляторы у детей с РДВГ предпочтительными препаратами, которые мы назначаем своим учащимся, несомненно, чаще других лекарственных средств.

**– Какими возможностями располагает учитель дневной терапевтической программы для преодоления импульсивности и эмоциональной лабильности детей во время урока? Какие терапевтические стратегии вы применяете?**

– Каждый учащийся дневной терапевтической программы имеет индивидуальный план обучения и решения проблем, связанных с нарушением поведения в классе, в том числе преодоления импульсивности и эмоциональной лабильности. Такой план включает именно те методы, которые лучше работают у каждого конкретного ребенка. Каждый индивидуальный план преодоления ребенком поведенческих проблем во время занятия должен быть тщательно выстроен с его участием и пересматриваться по мере необходимости.

Каждый ребенок имеет копию плана своих целей, размещенную на учебном столе. Там же находится индивидуальный алгоритм действий, позволяющий ребенку справиться с фрустрацией, тревогой и гневом. Широко применяются различные сенсорные методы, направленные на то, чтобы успокоить фрустрированного ребенка во время занятия. При необходимости применяют технические средства обучения, в том числе компьютеры и визуальный материал.

В нашей программе мы не используем каких-либо физических или фармакологических способов сдерживания. Часто добровольно применяются «тайм-ауты» или «паузы на удалении». Они инициируются самими детьми по мере необходимости и являются формой помощи ребенку, а не средством наказания.

Время занятия четко структурировано на время работы с учителем, отдыха и самостоятельного выполнения заданий. Изучение сильных и слабых сторон каждого ребенка позволяет индивидуализировать процесс обучения, уменьшить разницу в уровнях подготовленности и максимально использовать потенциал развития каждого учащегося. Малые группы обучения и индивидуальные занятия используются тогда, когда в этом возникает необходимость.

**– Какие психотропные препараты чаще применяются у детей с разрушительным поведением? Используете ли вы нейролептики или психостимуляторы для коррекции антисоциальных форм поведения?**

– Лекарственная терапия, которую мы применяем, ориентирована в большей степени на психические проблемы ребенка, чем на управление разрушительным поведением. Как уже отмечалось, мы не прибегаем к фармакологическому сдерживанию неприемлемых форм поведения. Такое поведение может являться следствием различных психических расстройств. В нашем центре есть дети с полным спектром психиатрических диагнозов: расстройствами настроения, тревожными расстройствами, психозами, нарушениямим из спектра аутизма, посттравматическим стрессовым расстройством и разрушительными расстройствами поведения (РДВГ, оппозиционно-вызывающим, антисоциальным расстройством поведения).

Детям с РДВГ мы, прежде всего, назначаем психостимуляторы. Расстройства поведения могут также реагировать на такую терапию, будучи ассоциированными

с дефицитом внимания и импульсивностью. Мы имеем возможности назначения детям разнообразных психостимуляторов, в том числе с различными фармакокинетическими свойствами в течение разных периодов времени. Многие дети в рамках дневной терапевтической программы не имеют РДВГ и не нуждаются в назначении психостимуляторов.

Антипсихотические препараты используются при проявлениях агрессии, нестабильности настроения и психозах. Для стабилизации настроения также используются литий и различные тимолептики, прежде всего соли вальпроевой кислоты. Антидепрессанты рекомендуются при тревоге и депрессии. Бензодиазепины применяем очень редко. Я не могу сразу вспомнить случай применения этих препаратов.

Все эти лекарственные средства могут быть эффективны для снижения тяжести разрушительного поведения, поскольку дети могут вести себя таким образом, если они озабочены, подавлены, находятся в состоянии психоза или перенесли психическую травму. Атипичные антипсихотики в низких дозах относятся, вероятно, к числу наиболее часто назначаемых препаратов у детей с разрушительным поведением, наряду с α-агонистами и психостимуляторами.

**– В Украине многие детские психиатры считают, что эмоциональная импульсивность и неустойчивость, раздражительность, диссоциативное поведение – признаки органической дисфункции или легкого органического поражения головного мозга, что является обоснованием для нейрометаболической и сосудистой терапии. Используете ли вы нейрометаболическую или сосудистую терапию в рамках вашей программы?**

– Нет, насколько я знаю, мы не используем ноотропов в США. В Мексике используется пирацетам, что, однако, не основывается на принципах доказательной медицины. В настоящее время пирацетам исключен Управлением по контролю над качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) из списка препаратов и отнесен к биологически активным добавкам. Согласно исследованию, проведенному в 2006 г. группой ученых во главе с Н. Лобаф, пирацетам не подтвердил своей эффективности в этой сфере. Так, у 18 детей с синдромом Дауна после четырехмесячного курса когнитивные функции остались на прежнем уровне, в четырех случаях наблюдалась агрессия, в двух – возбудимость, в одном – повышенный интерес к сексу, в одном – бессонница, в одном – отсутствие аппетита. Ученые пришли к выводу, что пирацетам не обладает доказанным терапевтическим эффектом по улучшению когнитивных функций, но обладает нежелательными побочными эффектами. Гопантеновая кислота (пантогам, пантокальцин) и актовегин также не применяются в нашей стране.

**– Доктор Диббл, применяются ли в вашем центре методы нетрадиционной медицины: иглорефлексотерапия, фитотерапия, специальные диеты?**

– В США существует целая отрасль медицины, которая называется комплементарной, или альтернативной. К ней относятся такие методы лечения, как акупунктура, использование лечебных трав. Истоки многих парамедицинских практик своими корнями связаны с разнообразными культурными особенностями – традициями и верованиями людей, образовавшими нашу нацию. Мы с уважением относимся к этим традициям и практикам врачевания при условии безопасности их применения.

Мы не используем нетрадиционные методы лечения в дневной терапевтической программе. Я готова рассмотреть возможность их применения, но в этом не возникает необходимости. У нас было мало учащихся, которые использовали специальные

безглютеновые и бесказеиновые диеты, не было детей, получавших пищевые добавки в качестве единственного лекарственного средства.

**– Расскажите, пожалуйста, подробнее о применяемых в рамках дневной терапевтической программы формах психотерапевтического лечения.**

– Мы сочетаем групповую, индивидуальную и семейную терапию. Индивидуальная терапия предполагает применение когнитивно-поведенческих техник, психодинамической терапии (по показаниям), а также проведение поддерживающего психологического консультирования. У детей с последствиями психической травмы, наряду с семейной терапией, мы широко используем игровую терапию. Следует также отметить, что все сотрудники программы рассматривают каждое взаимодействие с ребенком как потенциально терапевтическое и всегда применяют свои навыки таким образом, чтобы способствовать достижению его целей.

**– Если у ребенка наблюдается оппозиционное и антисоциальное поведение, будет ли он принят в программу? Если да, то как вы будете интегрировать ребенка в детский коллектив, а затем в общество?**

– В рамках дневной терапевтической программы мы работаем только с детьми, у которых основополагающими являются тяжелые эмоциональные нарушения. Не все расстройства поведения являются показанием для направления в программу. Большинство наших учащихся не имеют оппозиционного или антисоциального расстройства поведения. При отборе детей для нашей программы важно изучить их окружение (группы первичной поддержки), возможные психические травмы, причины душевной боли, вероятность наличия семейной дезадаптации, бедности, игнорирования и пренебрежения, признаков депрессии и оценить возможности коррекции этих проблем. Мы не принимаем детей, единственной проблемой которых является оппозиционное или антисоциальное поведение и отсутствуют другие психические расстройства. Для таких детей больше подходят программы, в которых применяется иной поведенческий подход. Были случаи, когда дети с изолированными поведенческими расстройствами попадали в нашу программу, но практика показала, что в таких случаях перенаправление оказалось лучшим решением.

**– Как вы решаете проблему стигматизации детей с психиатрическим диагнозом и их семей? Предпринимаете ли какие-либо специальные действия?**

– Мы много работаем в том направлении, чтобы способствовать социальной интеграции наших детей в сообщество: регулярно выезжаем в местные парки для пикников и занятий спортом, посещаем концерты и художественные выставки, ходим с детьми на рынок, посещаем фермерские хозяйства. Одно из занятий предполагает предоставление возможности детям работать с местным фотографом, чтобы научиться пользоваться камерой и приобрести важные навыки социальной компетентности, поскольку американцы любят фотографировать и часто это делают. Все дети неделю проводят в летнем лагере, где они интегрированы с обычными детьми, имеют возможность покататься на лодке, поупражняться в плавании, стрельбе из лука, могут ловить рыбу и участвовать в природоохранной деятельности. Приобретенный опыт помогает ребенку сломать барьеры и приобрести позитивный опыт социальной инклюзии. Важно отметить, что дети обычно демонстрируют отличное поведение во время таких занятий.

Пытаясь защитить детей от психиатрической стигмы, мы активно работаем не только с ними, но и с их семьями. Родители обязаны регулярно встречаться с психологом и

психиатром. На них лежит часть ответственности за успешность работы терапевтической команды. Родители участвуют в принятии решений, должны быть вовлечены в терапевтический процесс и принимать участие в собраниях команды.

Мы не можем быстро изменить общество, не всегда можем контролировать его отношение к детям с расстройствами психики, но можем помочь родителям почувствовать себя комфортнее в отношениях с представителями системы охраны психического здоровья, преодолеть свои собственные предубеждения в отношении психического здоровья и защитить своих детей от ситуаций, в которых они будут подвергаться стигматизации. Кроме того, мы учим и самих детей, как бороться с оскорбительными и хулиганскими действиями в отношении стигматизированных граждан.

Все люди, которых мы вовлекаем в деятельность, получают «прививку» против стигмы, своей деятельностью мы снижаем стигматизацию американского общества. Мы уверены, что люди, контактировавшие с нашими детьми, станут нашими послами психического здоровья в будущем.

*Подготовила* ***Марина Нестеренко***

## комментарий

***А.Г. Обуховская,***
*заведующая Центральной психолого-медико-педагогической консультацией при Министерстве образования и науки, молодежи и спорта Украины, г. Киев*

В интервью Лауры Диббл представлен, на мой взгляд, очень интересный опыт функционирования дневной программы терапии и обучения детей с тяжелыми эмоциональными нарушениями.

Украина остро нуждается в медицинской поддержке детей с эмоциональными и поведенческими расстройствами. Однако, по моему мнению, в этой сфере существуют серьезные проблемы, связанные с межведомственными барьерами и отношением в обществе к психиатрической службе. Это можно продемонстрировать на конкретной практике работы психолого-медико-педагогических консультаций.

В Украине отмечается тенденция увеличения количества детей с различными поведенческими и личностными нарушениями, которые становятся причиной серьезных трудностей обучения в школе.

В течение последних 5 лет такой мониторинг проводят в психолого-медико-педагогических консультациях, которые функционируют в системе образования и оказывают всестороннюю помощь детям с различными видами нарушений психофизического развития (с особыми образовательными потребностями). Среди общего числа пациентов, которые обратились в консультацию, такие дети

составляют около 19%. Следует сразу отметить, что эта цифра далеко не точная и не отражает истинное количество таких детей, и есть все основания полагать, что их значительно больше.

Анализ жалоб родителей детей с различными видами нарушений психофизического развития показал, что поводом для обращения в консультацию были низкая успеваемость в обучении и различного рода нарушения поведения. По результатам психолого-педагогического изучения, у таких детей не обнаружено нарушений умственного развития, а лишь имело место закономерное для таких случаев отставание в общем развитии. При наличии низких познавательных интересов у них были выявлены сохранные возможности к осуществлению мыслительной деятельности и способности к овладению программой общеобразовательной школы.

Однако в педагогических характеристиках этих детей отмечались те или иные поведенческие нарушения. Чаще всего среди них наблюдались гиперактивность с дефицитом внимания, неустойчивость настроения или преобладание угнетенного состояния, истероидность, высокая раздражительность и импульсивность, выраженные протестные реакции во взаимодействии со взрослыми, конфликтность и агрессивность в отношениях с ровесниками, невротическая симптоматика, тревожность, страхи. Наряду с этим довольно часто встречаются дети с выраженной пассивностью и безразличием или аддитивностью в поведении, склонностью к уединению, замкнутости, инактивности в общении.

Собственно перечисленные проявления и становились деструктивными факторами формирования личности ребенка. При этом у каждого ребенка на тот момент уже складывался негативный опыт: хроническая неуспеваемость, осуждение со стороны педагогов, напряженные, часто конфликтные отношения в детском коллективе, недовольство собственных родителей и родителей соучеников, которым они больше всего мешали.

Поиск возможностей помочь такому ребенку чаще всего вызывает бессилие. Их в Украине почти не существует. Причин этому много, главные из них: ограниченность в получении медицинской (психиатрической) помощи, профессиональная неподготовленность психологов, сверхнетолерантное отношение к таким детям в школьной среде. Рассчитывать и надеяться можно разве что на доброту, небезразличие и мудрость педагогов, любовь и терпение родителей.

В некоторых учебных заведениях, к сожалению, оказывают значительное давление на детей с эмоциональными нарушениями, в котором участвуют и директор, и педагоги, и родительський комитет, с целью исключения такого ребенка из школы. Главный мотив при этом озвучивается как ограждение большинства «нормальных детей» от «хулигана и дебошира», который мешает учиться и подает плохой пример поведения. Конечно же, доля правды в этом есть, но еще хуже то, что решить данную проблему, помочь ребенку зачастую и не пытаются.

В качестве наиболее приемлемого варианта решения данного вопроса школа предлагает перевод ребенка на индивидуальное обучение.

Чаще всего такое предложение оборачивается трагедией для семьи, особенно неполной. Для пояснения следует отметить, что индивидуальное обучение в украинских реалиях предполает обучение в домашних условиях или посещение школы по отдельному расписанию. Для обоих случаев характерны как

маргинализация ребенка, так и негативные условия для семьи, члены которой должны работать, предоставляя ребенка самому себе на длительное время без родительского присмотра.

С позиций психолого-медико-педагогических консультаций такое решение далеко не всегда является правомерным. Во-первых, ребенку для дальнейшей социальной адаптации необходим детский коллектив, во-вторых, такая форма обучения неполноценна, потому что на нее государством выделяется очень мало часов, а в-третьих, это требует значительных финансовых затрат.

Кроме того, в психолого-медико-педагогических консультациях не имеют права рекомендовать детям с проблемами эмоционального развития и поведения обследование у врача-психиатра. Те психиатры, которые работают в консультациях, лечебной практики не ведут. Детских психиатров в стране не хватает, и их услуги малодоступны. При этом существует «особое» отношение (недоверия и опасения) у населения к врачу этой специализации.

Поэтому дети, имея показания для оказания им психиатрической помощи, чаще всего своевременно (или совсем) не получают ее.

При благоприятных условиях (если в школе нет обостренных конфликтных отношений) ребенка возвращают на обучение в школу с рекомендацией предоставления ему психологической помощи.

Во многих современных общеобразовательных школах есть психологи. Однако практика показывает, что они часто отказываются работать с детьми с выраженными проявлениями эмоционального и поведенческого неблагополучия, ссылаясь на необходимость оказания им медицинской помощи.

Характерной особенностью современной системы образования является активное внедрение инклюзивной формы обучения детей с особыми потребностями. Однако, согласно педагогической практике, в этом процессе она в наибольшей мере не готова включать детей с эмоциональными и поведенческими проблемами, рекомендуя малоэффективную индивидуальную форму обучения.

В случаях выраженной дезадаптации дети могут быть направлены в школу социальной реабилитации – учебное заведение, созданное не так давно в системе образования. В таких школах могут учиться как дети, совершившие правонарушение, так и нет. Многие из них работают в экспериментальном режиме и уже очень хорошо себя зарекомендовали. Однако количество таких школ реабилитации в Украине пока незначительно.

В перспективе предполагается создание в системе образования центров социальной реабилитации. В связи с этим опыт организации помощи детям с эмоциональными нарушениями в виде дневной программы терапии и обучения детей с тяжелыми эмоциональными нарушениями, представленный доктором Диббл, будет весьма полезным для изучения и, возможно, заимствования.

А пока службы, которые так или иначе сталкиваются с проблемами детей, остаются разобщенными, неэффективными. Система профилактических мероприятий практически отсутствует. Нет системного интегрирующего подхода, инициативу разработки и внедрения которого, по всей видимости, должна взять на себя психиатрическая служба. В связи с этим в нашем обществе еще сохраняются неизменными негативные предпосылки для социальной дезадаптации детей с поведенческими и эмоциональными нарушениями.

*Подготовила* ***Татьяна Ильницкая***

# Инклюзия детей с аутизмом в общеобразовательную систему: обзор целей и стратегий

*Ю.М. Эрц-Нафтульева,*
*Израильская ассоциация сертифицированных аналитиков поведения,*
*Международная ассоциация поведенческого анализа*

Процесс инклюзии детей с аутизмом в общеобразовательную систему обучения может быть успешным и способствовать их психологическому и эмоциональному развитию. Разнообразные стратегии инклюзии, которые применяются в процессе обучения детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), позволяют построить процесс инклюзии на основе индивидуальных способностей и возможностей каждого ребенка, учитывая дефициты развития и характерные черты заболевания. Данная статья представляет собой обзор целей, стратегий и методов, которые применяются при инклюзии детей с РАС, и включает рекомендации по использованию этих стратегий для развития того или иного вида навыков, а также для увеличения эффективности процесса включения таких детей в общую систему образования.

Включение детей с аутизмом в массовую образовательную систему в дошкольном и в школьном возрасте может оказывать значительное влияние на их развитие, в частности, повышение уровня речевых и коммуникативных навыков, навыков социализации и интеллектуального уровня. Большинство экспертов считают инклюзию гражданским правом, ответственным за формирование соответствующего социального развития, но для того чтобы инклюзия и обучение в среде нормативно развивающихся сверстников были успешными, многим детям с РАС требуется специализированная помощь (Karagiannis et al., 1996; Harrower, Dunlap, 2001).

Уровень предоставляемой поддержки и сопровождения должен варьироваться на основе тяжести диагностических симптомов и нарушений в развитии ребенка с аутизмом, а также меняться в процессе времени как функция продвижения ребенка и приобретения им необходимых навыков для обучения в натуральной среде. Дети с РАС характеризуются специфическим видом расстройств речи и коммуникации, способностью и мотивацией к сотрудничеству, сенсорным восприятием. Ключевыми факторами в успешной инклюзии таких детей являются понимание сути данного заболевания и выбор педагогических методов для их обучения.

## Характерные особенности детей с аутизмом

В отличие от детей с другими видами расстройств (например, с умственной отсталостью), большая часть пациентов с РАС могут успешно обучаться по общей школьной программе. Сохранный интеллект, хорошая память, нормальное визуальное восприятие позволяют ребенку успешно осваивать академический материал (Joseph et al., 2002). Аутичный ребенок может преуспевать в математике, а иногда и опережать своих сверстников в этой области. Некоторые дети очень хорошо рисуют (у кого нет проблем с мелкой моторикой). Также многие довольно быстро приобретают навыки чтения и обучаются бегло читать, но, чаще всего, не понимают смысла прочитанного. Есть дети, которые имеют специфические области интереса, прекрасно вписывающиеся в рамки школьной программы, – ребенок может быть экспертом в истории Древнего Рима или астрономии.

С другой стороны, аутичные черты и проблемы восприятия являются серьезным препятствием при обучении в школе. Затруднения в установлении контакта со сверстниками, поверхностные и специфические межличностные отношения могут стать причиной социальной отстраненности как со стороны одноклассников, так и учителей. Ребенок, который игнорирует интересы сверстников и характеризуется чрезмерно навязчивым поведением, может оказаться изгоем в классе. Также дети со свойственным им проблематичным поведением являются «неприятным стимулом» для учителя и становятся «необучаемыми», «несносными» или «ненормальными». Неадекватное поведение, даже в самой легкой форме (выкрикивания в классе, раскачивание на стуле), может раздражать учителя и мешать вести урок, не говоря уже о более серьезных формах проблематичного поведения, таких как агрессия или аутоагрессия.

Кроме того, аутичным детям свойственны многочисленные речевые нарушения. У ребенка могут присутствовать серьезные проблемы с прагматикой (правильное использование речи), семантикой (ограниченный словарный запас) и морфологией (синтаксис и грамматика). Также часто наблюдаются нарушения в просодике и интонации. Ребенок может разговаривать монотонно, не уметь применять вопросительные интонации или в процессе разговора странно жестикулировать (Доленко, 2010). Помимо коммуникативных и речевых расстройств, дети с РАС имеют нарушения в сенсорном восприятии и обработке сенсорных стимулов (Aune et al., 2010). Данные нарушения могут стать причиной тревоги или привести к истерике, агрессии и крикам.

Инклюзивная среда обучения – это именно та среда, в которой сенсорные особенности детей с РАС могут не найти поддержки. Большое количество учеников в классах и маленькие пространства могут только усилить желание аутичного ребенка избежать телесных контактов, и даже случайное прикосновение одноклассника, вероятно, воспримется как нападение и вызовет агрессивную реакцию. Многие аутичные дети чрезвычайно чувствительны к шуму и громким звукам. Крики других учеников на перемене, шум в классе могут стать причиной ответных криков или вызвать самостимулятивное поведение, которое помогает ребенку с РАС отвлечься и успокоиться. Громкий голос учителя или плач другого ребенка в классе могут спровоцировать ответную эмоциональную реакцию, и аутичный ученик начнет плакать, кричать, или, в худшем случае, разбрасывать предметы, толкаться.

Также можно встретить детей, которые отказываются выполнять различные художественные задания, из-за отвращения к клею, краскам. Ребенок будет пытаться всеми силами избегать таких заданий, убегая с урока или реагируя целенаправленной агрессивностью (Aune et al., 2010).

Сенсорные проблемы часто сопровождаются недоразвитием моторики и трудностями в координации движений. Дети затрудняются чувствовать границы своего тела и не осознают собственное месторасположение в пространстве, имеют неправильную осанку и не могут в полной мере выполнять моторные движения (например, на уроке физкультуры аутичный ребенок тяжело и медленно бежит, махая руками). Ребенку может быть сложно играть в мяч, классики и другие подвижные игры с одноклассниками вовсе не из-за социальной отстраненности, а из-за плохой моторики.

Отсутствие гибкости мышления также является характерной чертой детей с РАС. Вследствие ригидности мышления, ученики могут зацикливаться, затрудняются приспособиться к изменениям, исправлять ошибки, им сложно справляться с частичными успехами или неудачами. Трудности в абстрактном мышлении, осознании скрытых и абстрактных предпосылок, понимании прочитанного, поиске способов для решения проблем, изложении выводов и выражении значимого мнения, неорганизованность – все это может стать причиной плохой успеваемости, подавленности и депрессии. Таким образом, для аутичного ребенка, который обучается по инклюзивной программе, часто требуется дополнительная психологическая или эмоциональная поддержка как в рамках, так и вне школы (Aune et al., 2010).

## Выбор целей и стратегий обучения в инклюзивной среде

### *Оценка начальных навыков*

Осознание и понимание специфических особенностей, характеризующих детей с РАС, является первым и ключевым этапом в процессе включения их в среду нормативно развивающихся сверстников. Однако вероятность наличия тех или иных характерных особенностей для аутизма не свидетельствует о том, что полный комплекс этих проблем действительно заложен в каждом аутичном ребенке. Выбор целей и стратегий для обучения требует индивидуального подхода и оценки как начального уровня навыков, так и тех или иных дефицитов развития. Тест для оценки речевых и социальных навыков у детей с аутизмом и другими нарушениями развития (VB-MAPP) позволяет не только определить уровень формирования функциональных навыков, но и является инструментом для определения и мониторинга прогресса ребенка (Sundberg, 2008).

Оценка навыков происходит в следующих областях.

*Навык обращения и общения.* Может ли ребенок обращаться с просьбами к окружающим? И только к взрослым или к детям тоже? Каким образом ребенок выражает свои просьбы – словами, фразами, жестами, прибегая к системе альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS)? Интересуют ли ребенка только конкретные и одиночные стимулы или же и социально значимые – внимание сверстников, социальное одобрение, информация и т. д.?

*Навык понимания речи.* Насколько ребенок понимает обращенную к нему речь? Понимает ли он инструкции только в контексте ситуации или может ориентироваться на словесные стимулы и вне такового? Умеет ли ребенок реагировать на обращения сверстников, или только взрослых? Должны ли инструкции быть обращены напрямую к нему, или он может понять и выполнить инструкции, обращенные к группе?

*Навык диалогической речи.* Умеет ли ребенок отвечать на вопросы или он повторяет фразы, сказанные другим человеком? Может ли ребенок спонтанно комментировать различные события? Может ли он включиться в разговор на определенную тему? Может ли поддерживать тему разговора или всегда переводит разговор на тему, которая интересует только его?

*Навыки игры*. В какие игры умеет играть ребенок – настольные, подвижные, сюжетные? Может ли он играть совместно со сверстниками или параллельно, не взаимодействуя? Может ли он в свободное время занять себя игрой или занимается самостимуляциями?

*Академические навыки*. Приобрел ли ребенок начальные навыки счета, письма, чтения, и насколько их уровень соответствует уровню знаний сверстников?

*Навыки обучения*. Умеет ли ребенок обучаться в групповом формате, или до настоящего момента он проходил обучение только в индивидуальном формате? Есть ли у ребенка навык имитации, и может ли он копировать действия сверстников или обучаться с помощью навыка имитации?

*Проблематичное поведение*. Присутствует ли у ребенка проблематичное поведение и в какой форме оно проявляется? В каких ситуациях может возникнуть нежелательное поведение, какова его функция?

Параллельно с определением интеллектуальных и речевых способностей проводится оценка развития навыков самостоятельности: может ли ребенок выполнять сам учебные задания, как быстро он приспосабливается к изменениям в окружающей среде, достаточно ли развиты навыки самопомощи и личной гигиены?

Также оцениваются способность ребенка к обобщению обученных навыков, скорость приобретения им новых и потребность в сопровождении взрослым в процессе инклюзии.

Процесс обучения в инклюзивной среде подразумевает, что дети с РАС приобретают академические навыки – чтение, счет, письмо и другие – наравне со своими нормативно развивающимися сверстниками. Однако целью инклюзии в случае включения ребенка с аутизмом не является получение знаний по общеобразовательной программе. Данный уровень доступен и при индивидуальном обучении. Инклюзивная среда позволяет ребенку с РАС не только приобрести знания, соответствующие учебной общеобразовательной программе, но и преодолеть сложности и проблемы, которые сопровождают его развитие (Harrower, Dunlap, 2001). На основе этого восприятия оценка начального уровня навыков позволяет дополнить индивидуальный план обучения ребенка и акцентировать педагогическую работу на развитии навыков речи, коммуникации, социального взаимодействия и др.

Низкий уровень развития того или иного навыка либо его отсутствие не являются показанием к тому, что ребенок не способен к инклюзии. Оценка навыков предоставляет возможность для педагога включить в программу обучения работу над развитием отсутствующих навыков либо «слабых сторон» и учесть данные затруднения при выборе методов и стратегий обучения в инклюзии (Sundberg, 2008).

## Стратегии и методы инклюзии

В инклюзии детей с аутизмом применяется несколько разнообразных методических подходов, большая часть которых основывается на бихевиоральном – методике модификации поведения (ABA) (Leach, 2010).

### *Организация обучающей среды и структурализация учебной деятельности*

*Визуальное расписание*. Эта стратегия часто используется для повышения предсказуемости и как альтернатива вербальным и письменным инструкциям. Переключение с одного вида деятельности на другой часто бывает проблематично для некоторых детей с аутизмом и может вызвать протест в форме агрессии или неадекватного поведения (Harrower, Dunlap, 2001).

Процедура использования визуального расписания основывается на принципе манипуляции различимыми стимулами. В данной процедуре вербальные инструкции заменяются на визуальные и таким образом приобретают более конкретную форму.

Когда ребенок изначально знает, какие задания он будет выполнять и в какой последовательности, особенно когда более легкие и мотивационные задания следуют за более сложными, вероятность появления нежелательного поведения уменьшается.

Заранее выстроенное расписание урока помогает ребенку мысленно подготовиться и сосредоточиться на подготовке сложных заданий, тогда как выполнение любимых действий после сложных заданий является поощрением и мотивационным стимулом.

Процедура обучения происходит следующим образом:

- перед началом занятий ребенку показывают визуальное расписание и объясняют, какие задания он должен выполнить в течение занятия;
- затем ребенку предоставляются материалы первого задания, которое изображено на карточке;
- когда первое задание выполнено, учитель помогает ребенку убрать карточку этого задания с планшета и указывает на следующую;
- после этого учитель предоставляет материалы для следующего задания и т. д.

Использование визуального расписания во время уроков или занятий помогает структурировать учебную деятельность и таким образом помочь аутичному ребенку лучше понимать происходящее, выполнять требуемые задания на постоянной основе и сотрудничать при переходе от одной деятельности к другой (Бонди, Фрост, 2011).

*Прайминг.* Цель данной стратегии – подготовить ребенка к сложной ситуации, которая может возникнуть в инклюзии. Прайминг – это предварительное обучение необходимым навыкам, которые в ближайшем будущем понадобятся ребенку в общении со сверстниками или в процессе обучения по школьной программе. Например, если ребенок испытывает трудности во время группового занятия, когда воспитательница рассказывает сказку и обыгрывает сюжет, эту сказку можно ежедневно читать ребенку во время индивидуальных занятий, для того чтобы он смог принимать активное участие в сюжетной игре и взаимодействовать вместе со всей группой.

Опытный педагог (тьютор), который знаком с ребенком, может заранее предугадать, в каких заданиях или требованиях у ребенка возможно возникнут трудности. Это могут быть проблемы с пониманием речи либо с академическими знаниями, в соблюдении социальных правил. Эти ситуации можно заранее подготовить и «пройти» вместе с ребенком, для того чтобы он был готов к ним к тому времени, когда они произойдут в будущем (Harrower, Dunlap, 2001).

Кроме того, с помощью прайминга можно провести предварительное обучение академическим навыкам. Если ребенок во время домашних занятий учится писать не только печатными, но и прописными буквами, а его сверстники перейдут к прописям только через пару месяцев, это может повлиять на успеваемость ребенка в классе, а также уменьшить проблемы с поведением, которые возникают тогда, когда ему сложно справляться с новым материалом.

Прайминг может стать эффективной стратегией для предотвращения поведенческих проблем, связанных с переходами от одной деятельности к другой, избеганием сложных заданий и медленным темпом приобретения навыков (Harrower, Dunlap, 2001). Также с помощью прайминга можно научить ребенка поиску социально-приемлемых решений при возникновении проблем в общении со сверстниками,

смоделировать ситуации, которые будут происходить в будущем, и обучить тому, как правильно себя вести.

Прайминг позволяет объединить индивидуальное обучение с общей групповой деятельностью, которая является привычным форматом получения знаний в системе образования. С помощью этой стратегии можно предотвратить поведенческие проблемы, которые возникают в процессе инклюзии, и помочь аутичному ребенку обучаться наравне со сверстниками (Hundert, Houghton, 1992).

*«Поведенческий момент», или «последовательность требований с высокой вероятностью выполнения».* Процедура использования «поведенческого момента» позволяет уменьшить нежелательное поведение при избегании заданий и требований и является эффективной эмпирически доказанной стратегией повышения способности реагировать на запросы среди лиц с ограниченными возможностями здоровья (Singer, 1987; Singer, Horner, 1987). Данная процедура основывается на включении немотивационных инструкций в серию мотивационных, которые ребенок должен выполнить.

Процедура происходит следующим образом:

- учитель предлагает ребенку выполнить серию инструкций, которые являются приятными и мотивационными для ребенка;
- как только ребенок начинает выполнять эти инструкций и сотрудничает, учитель подключает какое-либо требование с низкой мотивацией.
- если ребенок выполняет данное требование, учитель поощряет ребенка и возвращается к мотивационным заданиям.

По мере того как ребенок учится выполнять требования с низкой мотивацией без сопротивления, количество более сложных требований увеличивается, а мотивационных заданий – постепенно уменьшается.

Данная процедура является эффективной стратегией не только для увеличения мотивации к выполнению академических заданий, но также для повышения частоты проявления инициативы к взаимодействию со сверстниками (Davis et al., 1994).

### *Использование подсказок*

Стратегии подсказок способствуют увеличению скорости приобретения навыков у детей с аутизмом, а также являются необходимым компонентом для обучения навыкам проявления инициативы и обращения к окружающим. Подсказки применяются в дополнение к общему образовательному процессу, а также являются компонентом других методов обучения (Cooper et al., 2007). Сложности с пониманием и расшифровкой сигналов, происходящих в натуральной среде (как вербальных инструкций, так и визуальных признаков, особенно в плане понимания социальных правил поведения, мимической реакции окружающих и т. д.) могут быть причиной того, что аутичный ребенок ведет себя неадекватно или не реагирует на обращенную к нему речь. Использование стратегий подсказок помогает ребенку не только вовремя и адекватно отреагировать, но и в будущем научиться отвечать на необходимые стимулы.

Чаще всего в инклюзии используются:

- вербальные (словесные подсказки), с помощью которых ребенку напоминают, что нужно сделать в той или иной ситуации и как отреагировать;
- визуальные подсказки (карточки, символы, иконки), которые помогают ребенку понять абстрактные речевые понятия;
- моделирование (показ необходимого действия ребенку), с помощью которого ребенок может повторить нужное действие в нужной ситуации;

- использование вибрирующего приборчика, который, незаметно от посторонних, напоминает ребенку обратиться к сверстнику в процессе совместной игры и т. д. (Taylor, Levin, 1998).

Применение подсказок требует определенного опыта и умения, основной частью которого являются стратегии постепенного уменьшения подсказок. Недостаточно один раз подсказать ребенку, что и как нужно делать в той или иной ситуации. Существует большая вероятность того, что аутичному ребенку необходимы неоднократное повторение и интенсивное обучение. С другой стороны, частое использование одного и того же вида подсказки, без уменьшения ее интенсивности, может вызвать зависимость, и тогда ребенок приучится реагировать только в том случае, если кто-то из окружающих говорит или показывает, что нужно делать. Для того чтобы предотвратить данную ситуацию, требуется постепенное снижение уровня и интенсивности подсказки, до полного ее исчезновения. Только с помощью постепенного прекращения использования подсказки можно научить ребенка реагировать на нужные стимулы и таким образом существенно повысить уровень навыков обучения и самостоятельности (Cooper et al., 2007).

### *Использование поощрений*

Частое использование поощрений в процессе обучения является одним из компонентов поведенческой теории научения (Cooper et al., 2007; Lovaas, 1987). С помощью предоставления поощрения после необходимой речевой реакции или действия, последнее закрепляется и начинает происходить на постоянной основе в тех условиях, в которых это поведение должно возникнуть. В ABA-методе применение поощрений – неотъемлемая часть индивидуального формата обучения и часто является единственным инструментом, который на начальном этапе помогает аутичному ребенку научиться сотрудничать. Однако использование прямых или пищевых поощрений, которое наблюдается в процессе индивидуального ABA-обучения, часто является неприемлемым в инклюзии. Ребенок, которого постоянно поощряют игрушками, конфетами или игрой в компьютер, может быть не принят сверстниками и вызывать нежелательное отношение. Для того чтобы обучение в инклюзии детей с РАС по-прежнему было не менее эффективным, чем в индивидуальном формате, в инклюзии используются отсроченные поощрения или же они предоставляются попеременно, варьирующимся образом (Dunlap, Johnson, 1985).

Отсроченные поощрения могут быть в виде системы жетонов, когда в течение обучения в качестве поощрения ребенку предоставляется жетон (значок, наклейка, пуговица), и, набирая определенное их количество, он может выбрать тот мотивационный предмет или действие, которое является для него самым ценным на данный момент (например, на перемене послушать музыку в наушниках в течение 15 минут). Также может использоваться система уровней, когда помимо жетонов ребенку предоставляют дополнительные знаки отличия или стимулы, с помощью которых он может получить доступ к более значительным поощрениям, но в более отдаленной перспективе времени. Например, если в течение занятий в школе ребенок вел себя адекватно, и агрессивное поведение отсутствовало полностью, то в конце дня он получает «звезду». Если ребенок на протяжении недели накопил 6 «звезд», то на выходных идет вместе с родителями в «Луна-парк».

Предоставление более мелких поощрений, таких как похвалы, или жетонов на начальном этапе обучения может происходить часто, для того чтобы повысить мотивацию ребенка к обучению и создать условия, в которых он научится сотрудничать с окружающими его взрослыми и сверстниками. Однако со временем, чтобы не возникла

зависимость от поощрений, оказание таковых переходит на переменный режим, когда мотивационные стимулы предоставляются реже, непредсказуемым образом или после выполнения целого комплекса заданий. Так же как и при использовании подсказок, важно, чтобы процесс отказа от поощрений был постепенным, но происходил на постоянной основе (Dunlap, Johnson, 1985).

### *Обучение ключевым навыкам и «натуральное обучение»*

«Натуральное обучение» и обучение ключевым навыкам – стратегии, основывающиеся на внутренней мотивации аутичного ребенка и включающие совместный выбор заданий, использование поощрений и моделирующих подсказок, а также естественных последствий, которые являются предметом интереса ребенка (McGee et al., 1992; Pierce, Schreibman, 1995, 1997; Thorp et al., 1995). Данные стратегии концентрируются на применении естественного языкового взаимодействия в натуральной среде, которое основывается на разнообразии и функциональности стимулов в таковой (например, ситуация беседы на тему, интересную аутичному ребенку), поощрении и подкреплении словесной инициативы ребенка, соблюдении социальных правил при ведении беседы и концентрации на взаимодействии с коммуникативным партнером (Koegel, 1999; Koegel et al., 1999; McGee et al., 1999). В качестве «ключевых» рассматриваются навыки, приобретение которых позволит ребенку обучаться самостоятельно и более эффективно (например, навыки реагирования на множественные стимулы, самоуправления, самоинициации и др.). Интенсивное обучение ключевым навыкам в натуральной среде выполняется с помощью стратегий «натурального обучения», включающих натуральную мотивацию ребенка, моделирование и предоставление естественных подкрепляющих стимулов. Данные стратегии часто используются в комплексе с другими, такими как «вмешательство посредством сверстников» и «стратегии самоуправления», о которых речь пойдет далее (Koegel, 1999; Koegel et al., 1999).

### *«Социальные истории»*

Метод «социальных историй» – это широко используемый метод терапии детей с РАС (Gray, Garand, 1993). Однако в литературе, посвященной его применению, содержатся данные, полученные в ходе проведения лишь незначительного количества узкоспециализированных экспериментальных исследований (Green et al., 2006). Чаще всего стратегия «социальных историй» комбинируется с применением подсказок, поощрений и стратегий самоуправления (Swaggart et al., 1995, Thiemann, Goldstein, 2001).

Создание «социальной истории» предполагает описание той или иной ситуации, в которой требуется адекватное поведение на основе социальных правил. Поскольку аутичные дети затрудняются в понимании и соблюдении социальных правил вследствие особенностей восприятия и социальной мотивации, данный метод позволяет изложить социальную ситуацию в конкретной и доступной форме и позволит научить ребенка, как правильно вести себя в ней. Использование метода обычно включает следующие этапы.

1. Создание «социальной истории» – описание ситуации, в которой возникает сложность с пониманием контекста. Например, аутичный ребенок не понимает, почему над ним смеются сверстники. «Социальная история» расскажет о мальчике, который носит футболку наоборот, о том, что говорят ему его товарищи, как этот мальчик должен отреагировать и что сказать в ответ. История будет в виде написанного текста в сопровождении картинок.

2. Совместное прочтение истории с ребенком.

3. Проверка понимания прочитанного и ситуации в целом – ребенок должен дать соответствующие ответы на вопросы об описываемой ситуации.

4. Обыгрывание ситуации, когда учитель в процессе выполняемых ребенком действий оценивает, насколько ребенок ее понимает и как он может применять данный навык в спонтанной ситуации.

Применение данной стратегии в процессе инклюзии может способствовать уменьшению социально неадекватного поведения, как, например, неуместные вербальные замечания или вокализации, и увеличить частоту приемлемого поведения, такого как обращение с просьбой или комментарием к сверстнику (Chan, O'Reilly, 2008).

### *Включение посредством сверстников*

В связи с характерным дефицитом развития навыков социального взаимодействия у детей с РАС предполагается, что привлечение нормативно развивающихся сверстников к инклюзии – это потенциально полезный подход для облегчения включения аутичных детей в общеобразовательный класс. Привлечение сверстников для помощи в обучении учеников, страдающих аутизмом, дает потенциальную возможность снизить потребность в постоянном индивидуальном внимании взрослого и тем самым позволяет детям с РАС действовать более независимо и максимально соответствовать их типично развивающимся одногодкам (Putnam, 1993).

Такое посредничество заключается в том, что сверстник вместе с ребенком с РАС объединяются в пару для работы над одним учебным алгоритмом, и сверстник помогает аутичному ребенку с помощью таких принципов обучения, как четкие и мотивационные инструкции, подсказки и поощрения, то есть выступает в качестве тьютора (DuPaul, Eckert, 1998). Включение посредством сверстников зарекомендовало себя как эффективный метод для повышения способности к выполнению задач, уровня академических навыков и социального взаимодействия детей с ограниченными способностями в инклюзивных классах (DuPaul, Henningson, 1993; Locke, Fuchs, 1995). На начальном этапе взрослые члены педагогического коллектива осуществляют поддержку и руководят обучающим процессом, помогая «нормотипичному» сверстнику эффективно использовать обучающие стратегии, а аутичному ребенку – участвовать во взаимодействии. По мере того как взаимодействие между детьми закрепляется, присутствие и вмешательство взрослого уменьшаются и постепенно прекращаются.

В качестве дополнительного вида вмешательства посредством сверстников можно обозначить «кооперативное обучение». В ряде исследований показано, что обучение детей с аутизмом и их нормативно развивающихся сверстников социальным и академическим навыкам в объединенных группах в инклюзивной среде приводит к повышению частоты, длительности и качества социальных взаимодействий (Kohler et al., 1995). Кооперативные учебные группы были использованы в инклюзивной классовой среде как учебный вид деятельности для повышения успеваемости и социального взаимодействия (Putnam, 1993). В одном из таких исследований Dugan et al. (1995) оценили кооперативные учебные группы во время обучения в четвертом классе, где групповая деятельность заключалась в подборе ключевых слов и фактов, групповой активности, последующем обсуждении и резюмировании результатов всем классом. В итоге было отмечено улучшение баллов в тестировании и успеваемости, а также увеличение длительности взаимодействия между детьми с аутизмом и их нормативно развивающимися сверстниками.

Согласно некоторым данным, самым убедительным и доказанным видом вмешательства, который оказывает влияние на развитие навыков социализации, является инклюзия посредством сверстников (Goldstein et al., 1992). В поведенческой литературе исследования именно этого вида терапии имеют наиболее существенную доказательную базу, самые четкие методологические и терапевтические результаты, а также наилучшие показатели в плане генерализации и поддержания обученного социального поведения. Эффективность вмешательства посредством сверстников очевидна не только исследователям этой области, но также родителям (которые описывают значительные достижения детей в этой области) и представителям политических структур (благодаря доступности и экономической выгоде данного вида образования).

### *Стратегии самоуправления*

Одна из характерных черт, присущих ученикам с РАС, – отсутствие/недоразвитие навыков самоуправления, к примеру, трудности в направлении, контролировании, подавлении или поддержании, а также обобщении поведения, что является необходимостью для приспособления в классовой среде, без внешней поддержки и структурирования другими людьми. Многие из таких детей не реагируют в достаточной степени на натуральные стимулы в окружающей среде и часто зависят от подсказок и внешних поощрений, предоставляемых взрослыми (Wilkinson, 2008).

Важным преимуществом самоуправления является фокус на построении навыков, которые обучают детей быть более независимыми, уверенными в себе и ответственными за свое поведение в классе. Изучая техники самоуправления, учащиеся могут стать более саморегулируемыми и менее зависимыми от внешнего контроля и непрерывного сопровождения педагогами или сверстниками. Более того, обучение детей проявлять желательное поведение вместо нежелательного может дополнительно влиять на повышение успеваемости в учебе. Самоуправление считается ключевым навыком, который способствует обобщению адаптивного поведения, повышению независимости и приводит к значительному прогрессу в инклюзии детей с РАС (Wilkinson, 2008).

Стратегия самоуправления включает в себя обучение ребенка тому, как отличать желательное поведение от нежелательного, оценивать свое поведение, контролировать его по прошествии времени и усиливать/подкреплять собственное поведение при предварительно заданных критериях (Harrower, Dunlap, 2001).

Этапы процедуры применения стратегии самоуправления представлены далее (Wilkinson, 2008).

*1. Определение целевого поведения.* Это четкое и конкретное описание поведения, которое является целью вмешательства. Например, такие проявления целевого поведения, как «быть хорошим» или «не отвлекаться», являются широкими и относительно неясными терминами, тогда как «подними руку, если хочешь что-то сказать» и «смотри в тетрадь» являются более специфическими. Несмотря на то, что вмешательство методом самоуправления может быть использовано для снижения проблемного поведения, лучше устанавливать и контролировать подходящее, желательное поведение, чем нежелательное. То есть описание целевого поведения должно содержать описание действий, которые ученику следует делать, а не того, чего ему не следует делать. Это создает положительное и конструктивное альтернативное поведение.

*2. Определение частоты наблюдения за поведением.* Метод позволяет определить промежутки времени, как часто ученик будет наблюдать собственное поведение. К примеру, если целью является снизить частое проблемное/вызывающее поведение, ученик будет

осуществлять самоконтроль замены нежелательного поведения желательным чаще. Как только подходящая частота наблюдений определена, принимается решение о типе сигнала, который будет использоваться, чтобы дать ученику импульс к самонаблюдению и регистрации своего поведения. В условиях класса это обычно предполагает использование вербальных или невербальных подсказок извне (будильник, вибрирующее устройство, жест или инструкция учителя и т. д.).

*3. Выбор желаемого вознаграждения, приемлемого в школьных условиях.* Ученик выбирает несколько видов деятельности, которые являются для него мотивационными, и передает список учителю, тогда как учитель должен удостовериться, что виды данной деятельности действительно доступны в инклюзивной среде и относятся к мотивационным.

*4. Подготовка таблицы для записи.* Наиболее популярным методом регистрации самоуправления в школьных условиях является создание бумажного опросника или таблицы. Эта таблица содержит соответствующие академические или поведенческие цели, достижение которых ученик должен регистрировать самостоятельно, во время поступления сигнала по заранее обозначенному графику.

*5. Предварительная практика.* Еще до непосредственного начала применения процедуры самоуправления в инклюзивной среде ученик практикуется использовать ее в формате обучения один на один с учителем.

*6. Применение стратегии в натуральной инклюзивной среде и мониторинг прогресса.* В процессе использования стратегии самоуправления на постоянной основе анализируются записи ученика и проводится оценка выполнения им нужных действий. Если самоконтролирующие действия выполняются неправильно, с учеником выполняется дополнительный тренинг в индивидуальном формате.

*7. Анализ прогресса в программе самоконтроля.* Данный этап требует анализа, достигаются ли с помощью стратегии поведенческие цели. Если цели достигнуты, следует взвесить корректировку поведенческого плана и введение новых целей. Если цели не достигнуты, необходимы пересмотр процедуры и введение дополнительных компонентов.

*8. Предоставление поощрений.* Важной составляющей самоуправления является наличие награды. Несмотря на то, что самоконтроль может быть эффективным и без средств поощрения, установление целей и выбор учениками мотивационных стимулов делают вмешательство более мотивирующим и увеличивают вероятность положительного воздействия на поведение. Очень важно, чтобы в случае достижения ежедневной поведенческой цели ученику были обеспечены именно те стимулы, которые были с ними согласованы.

*9. Включение родителей в процесс коррекции поведения.* Передача таблиц, которые содержат информацию о поведении ребенка в течение дня, может существенно повысить эффективность процедуры, так как родители ребенка смогут поддерживать вмешательство в домашних условиях и продолжать работать над коррекцией его поведения.

*10. Постепенное прекращение использования стратегии самоконтроля с помощью уменьшения контроля стимулов и отсрочки в предоставлении поощрений.* С целью снизить ориентированность на внешние сигналы, программу можно постепенно завершать, как только желаемое поведение будет закреплено. Как правило, это подразумевает увеличение временного интервала между подсказками или сокращение количества интервалов. Конечной целью является независимый самоконтроль ученика его собственного поведения без подсказок и напоминаний со стороны окружающих. Как только ученик приобретает навык самоуправления как ключевой, он сможет применять его в других ситуациях и условиях, тем самым облегчая обобщение соответствующих навыков в будущих условиях среды с минимальным участием окружающих или полностью самостоятельно (Wilkinson, 2008).

Стратегии, которые применяются для инклюзии детей с аутизмом, могут использоваться в комплексе и видоизменяться в процессе применения. При рассмотрении инклюзии как процесса, в котором аутичный ребенок развивается и приобретает необходимые навыки для обучения в инклюзивной среде, можно представить используемые стратегии в виде спектра, который берет начало от наиболее базисных стратегий, требующих постоянного сопровождения взрослого и структурализации окружающей среды или специфической организации видов деятельности, до полного и самостоятельного включения ребенка с РАС в нормативную обучающую среду, что и является конечной целью процесса инклюзии (рис. 1).

Для осуществления перехода от одного уровня функционирования аутичного ребенка в инклюзии к другому, требуется слаженная работа педагогического коллектива, и, в частности, высокопрофессиональные действия тьютора – сопровождающего ребенка, который является ключевой фигурой в процессе включения.

### *Роль тьютора*

Вследствие особенностей восприятия, обучение в среде нормативно развивающихся сверстников не является простым и легким процессом для детей с РАС. Аутичному ребенку, у которого наблюдаются отставание в развитии речи, низкая социальная мотивация, а также гипер- или гипочувствительность к отдельным раздражителям, сложно установить контакт со сверстниками без помощи взрослого. Таким образом, сопровождение ребенка тьютором может стать основным, если не самым необходимым компонентом, который приведет к успеху в программе инклюзии (Harrower, Dunlap, 2001).

Однако роль тьютора не ограничивается лишь сопровождением ребенка. Тьютор является своего рода связующим звеном, основная задача которого – координация взаимодействия между основными участниками инклюзивного процесса: самим ребенком, родителями, сверстниками, педагогом. Выполняя свою ключевую роль, тьютор целенаправленно работает над достижением основной цели – привести ребенка к максимально успешному развитию в инклюзивной среде, при этом не нарушая кардинальным образом привычный уклад самой среды (то есть, не превращая инклюзивную среду в коррекционную).

С одной стороны, важно обучить ребенка приспособиться к социальным правилам, распорядку дня, сенсорным раздражителям, которые находятся в натуральной среде,

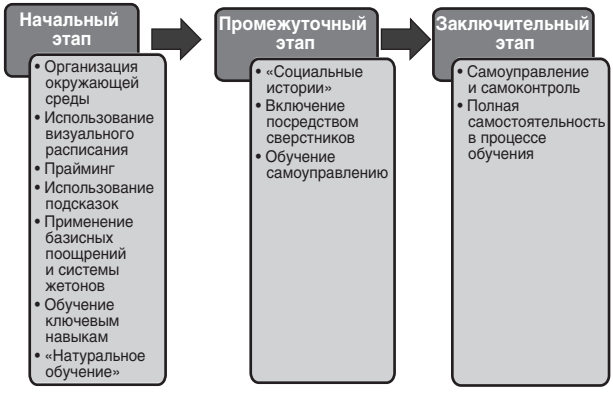


**Рис. 1. Этапы инклюзии детей с аутизмом**

а с другой, научить окружающих (как взрослых, так и сверстников) с пониманием относиться к особенностям аутичного ребенка и воспринимать его, как неотъемлемую часть.

### *Подготовка тьюторов*

В западной практике нет строгих ограничений для набора на работу членов персонала, выполняющего роль тьютора. Тьюторы могут обладать минимальной квалификацией в области педагогики или психологии, а иногда и не иметь никакого профильного образования (Schepis et al., 2001). Процесс подготовки тьюторов включает предоставление письменного руководства и вербальных инструкций, индивидуальное сопровождение и тренинг, ролевые игры и наличие обратной связи.

Целью подготовки является обучение тьютора применять стратегии инклюзии разной степени интенсивности и уровня сопровождения (Parsons et al., 1996). Тьютор должен обладать умением выбрать подходящую стратегию в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка. Например, если у ребенка развито визуальное восприятие, следует отдать предпочтение визуальным вспомогательным материалам. Если же у него низкая мотивация к обучению, необходимо выстроить внешнюю систему поощрений. Если у ребенка отсутствует инициатива для социального взаимодействия, тьютор организовывает окружающую среду таким образом, чтобы побудить и закрепить эту инициативу (Schepis et al., 2001).

Кроме того, тьютору следует привлекать других детей в процесс работы с детьми с РАС и впоследствии осуществлять инклюзию посредством сверстников. Для этого тьютор должен обладать определенной харизмой, а также навыком применения поведенческих стратегий не только в работе с аутичным ребенком, но и с его сверстниками (Schepis et al., 2001). Применяя подсказки и поощрения при обучении аутичного ребенка реагировать на инструкции, тьютор должен научить сверстника обращаться к ребенку с РАС с инструкциями и поощрять его. Например, когда учитель дает задание в классе списать с доски предложение, вместо тьютора к ребенку обратится его сверстник и скажет: «Андрей, нужно переписать с доски. Смотри, как я делаю». Но для того чтобы прийти к этому, на начальном этапе тьютору необходимо обучить ученика обращаться к аутичному ребенку и направлять его, а также объяснить, что тот должен смотреть на сверстника и реагировать на его обращения.

Этот вид обучения на начальном этапе может выполняться в паре, когда тьютор дает обоим детям одно задание на двоих, учит каждого из них обращаться к партнеру и выполнять инструкции друг друга по очереди (Harrower, Dunlap, 2001). Тьютор должен использовать поощрения как для аутичного ребенка, так и для его сверстника – часто хвалить, предоставлять жетоны, наклейки и др. Также тьютор должен постепенно

**Рис. 2. Взаимодействие сверстников с аутичными детьми**

уменьшать подсказки и отдаляться, чтобы у детей была возможность взаимодействовать друг с другом без его вмешательства.

### *Социальное взаимодействие со сверстниками*

Отдельной целью инклюзии является работа над социализацией и социальным взаимодействием.

Взаимодействие сверстников с аутичными детьми можно представить в виде шкалы, начало которой может включать негативное отношение к ребенку с РАС, в крайних случаях выражаемое в форме издевательств или физического насилия, или же полностью противоположно – дружественным и близким отношением к ребенку (рис. 2).

Данный спектр взаимоотношений является показательным не только в отношении детей с аутизмом, но и во взаимоотношениях с любым ребенком. Основная задача инклюзии в этой области – научить ребенка с РАС необходимым навыкам, для того чтобы как можно скорее прийти к развитию дружественных взаимоотношений, даже если они будут развиваться только с одним из сверстников, а не с целой группой. При наличии у аутичного ребенка характерных дефицитов в развитии навыков социализации, вряд ли следует ожидать, что он окажется в центре постоянного внимания со стороны сверстников и займет лидерскую позицию.

Инклюзивная среда представляет собой необходимую и, вероятно, единственную среду, в которой могут развиваться навыки, приведенные ниже.

*1. Навыки «социального выживания».* При наличии обид и издевательств со стороны сверстников, аутичный ребенок должен приобрести навыки понимания и решения социальных проблем. Эта задача является особенно сложной для ребенка с РАС, который не всегда может распознать проблему, быстро и адекватно на нее отреагировать (Ross, Horner, 2009). В данном случае «социальные истории» как стратегия вмешательства в комбинации с праймингом, моделированием необходимых реакций и предоставлением обратной связи могут быть эффективными, научить аутичного ребенка правильно оценивать ситуацию и защищать свое достоинство.

*2. Навыки включения в коллектив и привлечения к себе внимания сверстников.* Данные навыки могут способствовать преодолению социальной отстраненности и неприятия со стороны сверстников. Для достижения целей необходима интенсивная работа над развитием сильных сторон аутичного ребенка и поиском общих со сверстниками интересов (Taubman et al., 2011). В данном случае эффективны стратегии «натурального обучения», обучения ключевым навыкам и подкрепления инициативы по отношению к сверстникам. Также целесообразно включение стратегий самоуправления и самоконтроля.

*3. Навыки взаимодействия и сотрудничества со сверстниками.* Для того чтобы сверстник мог выступать в роли посредника или тьютора, задачей педагогического коллектива является обучение ребенка сотрудничать со сверстником – выполнять его инструкции, обращаться к нему с запросами, отвечать на вопросы, участвовать в игровой деятельности и т. д. (Taubman et al., 2011). Также важно работать над уменьшением контроля со стороны взрослых и переносом такового над действиями ребенка на сверстника. В данном случае эффективны стратегии отсроченных поощрений, постепенного уменьшения подсказок, среди которых основная – включение посредством сверстников.

*4. Развитие дружественных взаимоотношений и предоставление эмоциональной поддержки.* В данном случае, когда общение со сверстником формируется в развитие близких дружеских взаимоотношений, в помощь аутичному ребенку могут прийти дополнительные виды терапии, которые выходят за рамки инклюзии. Таким видом терапии

может стать метод развития взаимоотношений, с помощью которого выполняются вмешательство, формирование навыков дружбы и эмоциональной поддержки (Gutstein, Sheely, 2003). Также развитие данных навыков можно осуществлять с помощью поведенческого подхода и отдельных упражнений для расширения понимания перспективы другого человека, социальной осведомленности и других важных компонентов человеческих взаимоотношений (Taubman et al., 2011).

## Выводы

Процесс инклюзии детей с аутизмом в общеобразовательную систему может отличаться от включения таковых с другими расстройствами и особенностями развития. Такие характерные черты, как недоразвитие навыков речи и социального взаимодействия, моторные нарушения, отсутствие баланса в интеграции сенсорных стимулов, пристрастие к рутинным действиям и узкий круг интересов могут стать существенной преградой для включения ребенка с аутизмом, независимо от уровня развития интеллекта или академических способностей (Joseph et al., 2002). Для того чтобы дети с РАС могли преодолеть данные сложности и обучаться в обычном классе, требуется применение специфических методов и стратегий, эффективность которых доказана в исследовательской литературе. Оценка уровня того «багажа» знаний и способностей, с которым ребенок начинает получать образование, помогает выделить дополнительные цели для обучения, помимо приобретения академических навыков, а также выбрать методы, соответствующие его возможностям (Sundberg, 2008).

Стратегии включения представляют собой широкий спектр разнообразных методов обучения, с тем или иным уровнем сопровождения и интенсивности поддержки, и в большинстве основываются на АВА. Большая часть методов включает использование методологии подсказок, поощрений и структурализации обучающего процесса. Данные стратегии применяются в комплексе, уровень сопровождения и использования которых зависит как от индивидуальных способностей ребенка, так и от динамики его развития при включении в коллектив нормативно развивающихся сверстников. Постепенный переход от сопровождения взрослым к тьюторству сверстников и самостоятельному управлению собственной деятельностью позволяет аутичному ребенку приобрести необходимые навыки и успешно выполнить школьную инклюзию (Harrower, Dunlap, 2001). Кроме того, при самом включении в коллектив для приобретения академических знаний ребенок с аутизмом должен получить функциональные навыки социального взаимодействия, которые являются необходимыми для «выживания» в любой социальной среде, не только в образовательной. Умение отстоять свои права и свое достоинство, найти общие интересы со сверстниками, сотрудничать и взаимодействовать с ними, а также поддерживать дружбу и близкие отношения – все эти навыки необходимы для достойной жизни в социуме и являются предпосылкой к дальнейшей самостоятельной жизни вне школы (Taubman et al., 2011).

Процесс инклюзии требует слаженной работы педагогического коллектива, применения специфических методов и методик, восприятия инклюзии как процесса и большого эмоционального вклада. Комплексность процесса инклюзии, как и комплексность человеческих взаимоотношений, не имеет единственного пути решения всех проблем и затруднений. Особенности каждого ребенка с аутизмом, возможности среды, куда он будет включен, профессионализм и мотивация педагогов представляют собой сложный механизм факторов, для отлаженной работы которого необходим выбор целей и стратегий инклюзии на индивидуальной основе.

# Психокоррекционная помощь детям с нарушениями аутистического спектра

*Н.С. Андреева,*
*благотворительная организация «Школа-сходинки», г. Киев*

Многократное увеличение количества детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) во всем мире не обошло и нашу страну. В какой-то мере это происходит не только за счет реального роста числа детей с РАС, а и в связи с улучшением диагностики.

Исследователи Центра по контролю и профилактике заболеваний (Атланта, США) в своем докладе о распространенности аутизма отмечают, что у каждого 88-го ребенка имеются какие-либо отклонения аутистического спектра, что свидетельствует об увеличении количества случаев этого заболевания на 78% за последние 10 лет. В первом десятилетии XXI в. распространенность РАС возросла с 1 случая на 166 детей до 1 на 110 детей. В девяностые годы XX в. данный показатель составил 1 случай на 2500, затем 1 на 1000 детей. В сравнении с 80-ми годами прошлого столетия увеличение частоты случаев РСА еще более значимое, поскольку на тот момент эпидемиологические исследования относили аутизм к числу редких заболеваний с частотой не более 1 случая на 10 тыс. детей.

Отдельные признаки первазивного развития, те или иные симптомы аутизма представлены в популяции еще чаще. В ходе полного обследования всех детей в возрасте от 7 до 12 лет на протяжении 6 лет в учреждениях образования района Ильсан города Коян (Южная Корея) с использованием стандартных скринирующих систем тестов обнаружено наличие симптомов аутистических нарушений у 2,6% детей, что превышает общемировые эпидемиологические показатели в два и более раз.

Каковы же украинские реалии? Уровень диагностики РАС остается крайне низким даже в сравнении со странами, которые развиваются, что делает помощь, построенную на принципах доказательной медицины, недоступной для большинства пациентов. Ежегодное повышение уровня диагностики РАС на протяжении последних пяти лет на 25-30% в соответствии с официальными статистическими данными Министерства здравоохранения не скоро позволит кардинально решить проблему своевременной и корректной диагностики.

Компетентность специалистов первичного уровня медицинской помощи – участковых и семейных врачей, а в ряде случаев и врачей специалистов – детских психиатров, детских неврологов и педиатров – также является недостаточной. И если детей с тяжелыми формами проявления аутистических нарушений удается диагностировать достаточно рано, то дети с синдромом Аспергера, как правило, не диагностируются. Многие из них получают не существующие и не отражающие суть заболевания диагнозы. Так, значительная часть детей с отсутствующим в МКБ-10 диагнозом задержки психического или психоречевого развития соответствуют диагностическим критериям РАС, в том числе высокофункциональным. Такие дети, при условии своевременного коррекционного вмешательства, могут обучаться в общеобразовательных школах. Если психокоррекционная работа своевременно не проводится, расстройства поведения, характерные для РАС, и нарушения формирования предпосылок школьных навыков не позволяют ребенку полноценно интегрироваться в школьный коллектив, препятствуют качественному овладению учебным материалом.

В последние годы можно констатировать определенный прогресс в сфере психолого-педагогической коррекции детей с РАС в Украине. После ратификации Верховной Радой Конвенции ООН «О правах детей» (1991) и Конвенции ООН «О правах инвалидов» (2009) прекратилась дискриминационная практика признания детей с особыми образовательными потребностями необучаемыми. Районные и городские психолого-медико-педагогические консультации значительно реже отказывают детям с РАС в направлении в коррекционные дошкольные учреждения, у высокофункциональных аутистов появилось больше возможностей обучаться в общеобразовательных школах по месту жительства.

Реальный прогресс со школьным обучением и педагогической коррекцией детей с РАС связан с появлением специализированных учебных заведений, центров психолого-педагогической коррекции для детей с расстройствами спектра аутизма, частных учебных заведений.

Присоединение Украины к сообществу стран, внедряющих систему инклюзивного образования, казалось бы, должно было еще более ускорить процесс интеграции детей с РАС в образовательную среду. К сожалению, продвижение инклюзивного образования в нашей стране идет медленно и не всегда продуманно. На местах не выполняются распоряжения Министерства образования и науки, молодежи и спорта, которые гарантируют сопровождение детей ассистентами учителя со специальной подготовкой, составление индивидуальных программ для обучения детей с нарушениями развития сообразно их возможностям.

Беспокойство вызывает острый дефицит методически подготовленных педагогических кадров. Не только педагоги детских садов и общеобразовательных школ не владеют методиками, позволяющими подобрать наиболее приемлемые формы обучения, составить индивидуальные программы обучения и развития ребенка, но и коррекционные педагоги, логопеды не умеют преодолевать трудности в обучении детей с РАС. Особо следует отметить крайне низкий уровень подготовки психологических кадров, как дошкольных учреждений, так и практикующих психологов общеобразовательных школ, не позволяющий им адекватно диагностировать психологические проблемы учащихся и своевременно оказывать им необходимую помощь.

Практикующие психологи учебных заведений могли бы занять особое место в коррекционной помощи детям аутистического спектра развития. Именно эти специалисты, на мой взгляд, должны оказывать действенную помощь в своевременной диагностике первазивных отклонений в развитии у детей дошкольного и школьного возраста. К сожалению, уровень компетентности практикующих психологов недостаточен для эффективной реализации программ целенаправленной профилактики и коррекции, не оставляет надежд не только на корректную диагностику проблем, связанных с психическим здоровьем учащихся и проведение им коррекционных психологических интервенций, но и на своевременное направление ребенка группы риска к врачу-специалисту.

Дети с синдромом Аспергера, высокофункциональные аутисты, любой ребенок с РАС, обучающийся в обычном дошкольном учреждении или в общеобразовательной школе, зачастую вообще лишены психологического сопровождения. Чем это чревато, и какие сложности вызывает такое положение дел?

Как известно, дети с РАС характеризуются низкой социальной компетентностью, низким уровнем коммуникативных способностей и толерантности к стрессу, специфическими особенностями поведения и мышления. Легкие нарушения социальной реципрокности и коммуникации могут не быть помехой для посещения ребенком дошкольного учреждения, они могут не создавать особых трудностей и в начальной школе. Особенно, если воспитателю или педагогу удается выстроить правильные стереотипы

**Таблица. Основные проявления нарушений аутистического спектра у детей в школе или другом детском коллективе**

| Социальное взаимодействие | Коммуникация | Нарушение поведения, воображения и социальной практики |
|---|---|---|
| Не отслеживают внимание взрослого и не понимают заинтересованности других людей<br>Трудности подражания, имитации препятствующие полноценной работе на фронтальных занятиях<br>Неспособность поддерживать дружеские отношения в коллективе<br>Неспособность реагировать на эмоциональные переживания других людей, распознавать и отражать эмоции других людей, понимать интонации и мимику<br>Зацикливание на «своих темах», навязывание их при коммуникации, проговаривание вслух | Общение только при возникновении потребности у ученика, стереотипное использование речи и речевых шаблонов<br>Отсутствие реакции на речь других людей (так, ребенок может не реагировать на свое имя, плохо воспринимать информацию на слух)<br>Нарушения невербальной коммуникации, бедность используемых жестов и мимики<br>Использование обычных слов в необычном значении<br>Плохое понимание непрямых речевых оборотов, образов, метафор, игры слов и иронии<br>Высказывания, не соответствующие ситуации<br>Постоянное проговаривание, игнорирование ответов других людей при диалоговой речи<br>Неспособность начать и поддерживать диалог<br>Нарушения просодики речи (тон, ударения, интонация) | Наивность суждений и умозаключений, непонимание логики других людей<br>Неспособность правильно интерпретировать мысли, чувства и действия других людей<br>Ограниченные и повторяющиеся интересы и поведение<br>Нарушение исполнительной функции, невыполнение инструкций<br>Неспособность прогнозировать последствия своих действий, готовиться к переменам или планировать свои действия<br>Неспособность участвовать в играх и занятиях, требующих воображения. Присутствие игры у аутичного ребенка часто ограничивается многократным проигрыванием одной и той же сцены<br>Низкая способность справляться с новыми или незнакомыми ситуациями, изменениями порядка вещей |

процесса обучения и контролировать взаимоотношения детей в детском коллективе, создать толерантные, дружественные отношения между ними.

Проблемы возникают зачастую в средних классах. Менее структурированное обучение в средней школе, большое количество преподавателей, необходимость модифицировать поведение переходя из кабинета в кабинет и, соответственно, более высокие сенсорные нагрузки способствуют проявлению социальной некомпетентности детей с нетяжелыми формами РАС, приводят к снижению их академической успеваемости, нарастанию напряженности во взаимоотношениях с педагогами и другими учащимися. Детям с необычными интересами и увлечениями нередко бывает сложно найти общий язык со сверстниками, они становятся объектами насмешек, а нередко и травли. Это приводит к усилению тревожности, ухудшению поведения и конфликтным ситуациям. Неправильная трактовка учителями, психологами поведения ребенка может вылиться в навешивание ярлыков, например, диагностику девиантного или антисоциального поведения, депрессии. В связи с нарушением формирования школьных навыков у детей необоснованно может диагностироваться умственная отсталость. В результате дети с первазивными нарушениями развития переводятся на индивидуальную форму обучения или вынуждены менять школу за школой. В ряде случаев такие смены учебного заведения становятся своеобразным ритуалом и происходят каждые 2-3 года, а то и чаще.

Особенности ребенка с РАС не дают возможности обрести друзей и поддержку в их лице, зачастую они становятся объектом шуток и откровенных издевательств одноклассников. Если же ребенок проявляет агрессивность, плохо контролирует свое поведение, подвержен истерикам, конфликты приводят к еще более серьезным проблемам. В случае правильной и своевременной диагностики проблемы, психологическая помощь ребенку может быть действенной не только в коррекционном учреждении или реабилитационном центре, а и в стенах обычной школы.

Психокоррекционная работа у детей с РАС должна быть направлена на преодоление в первую очередь поведенческих нарушений, дефицитов социальной и коммуникативной сферы. Основные проявления нарушений аутистического спектра у детей в школе или другом детском коллективе представлены в таблице.

В своих исследованиях С. Барон-Коэн предположил, что триада поведенческих нарушений при аутизме обусловлена нарушением базовой способности человека к «считыванию внутренних представлений». Объяснение аутизма с позиции модели психического состояния человека (theory of mind) предполагает, что у аутистов утрачивается способность представлять свои внутренние переживания и переживания других людей. В сообщении от первого лица звучит четкая характеристика этих нарушений: «Нам трудно понять, что знают другие люди. Нам еще сложнее догадаться, что другие люди думают».

Школьники с РАС, в том числе с синдромом Аспергера, могут не понимать простых правил поведения в классе, например, что нельзя отвечать на все вопросы учителя в классе вслух; не осознавать причин недовольства учителя при правильном ответе в подобных ситуациях. Дети с РАС часто неправильно понимают непрямые вопросы и дают странные ответы, как в жизни, так и по телефону. В результате такой ребенок зачастую становится объектом насмешек со стороны других учеников, наладить отношения с которыми ему бывает чрезвычайно трудно. Наивность мышления также приводит к неверной трактовке некоторых правил. Так, ребенок может не осознавать, что поступает против правил, когда сообщает учителю о проступках одноклассников. Он с простодушной прямотой может сделать замечание однокласснику, который совершил что-то неправильное, допустил ошибку. Нелицеприятные высказывания могут быть адресованы и самому учителю. В таких случаях ребенок нередко становится объектом насмешек и даже травли со стороны других учеников.

Существуют специальные методики, направленные на преодоление проблем социализации, коммуникации, нарушения поведения у детей с РАС, поскольку такие умения и навыки не приобретаются в процессе естественного развития, как у здоровых детей. У детей с аутизмом общественные правила не усваиваются через подражание, их необходимо целенаправленно обучать социальным навыкам, пониманию и управлению эмоциями.

Различные методики налаживания социального взаимодействия и коммуникации объединяет общность принципов построения коррекционной работы с ребенком. Первоначально ставятся короткие конкретные цели и задачи, а навыки при достижении результата многократно повторяются вплоть до их автоматизации. Малые порции информации снижают уровень стресса, не влияют на самооценку, вызывают меньше протестных реакций. Для улучшения восприятия информации используется максимальная визуализация материала, в ряде случаев видеоподкрепление. Первые коррекционные занятия проходят в индивидуальном режиме, в последующем работа проводится в небольших группах.

Тренинги социального взаимодействия имеет смысл начинать с работы над пониманием эмоций других людей. Т. Грэндин, известная своими книгами женщина с высокофункциональным аутизмом, поняла, что ее общение с другими людьми страдает из-за непонимания ею их эмоций. Она начала учиться различать эмоции людей по их мимическим выражениям, тренируясь по фотографиям. Считывание мимики для детей с РАС может оказаться не менее полезным, чем понимание обращенной речи. Благодаря хорошей зрительной памяти у большинства детей с РАС такие тренировки дают довольно быстрый позитивный результат.

Выработка правильных стратегий социального взаимодействия может быть осуществлена посредством написания социальных историй для каждого конкретного ребенка или разработки специальных сценариев взаимодействия для группы детей со сходными

проблемами. Методику социальных историй (Social Story), а также «социальных сценариев/сценариев жизни» (social scripts) предложила в 1991 г. для обучения детей с аутизмом общественным навыкам К. Грей. С их помощью дети преодолевают неумение осознавать чувства, точки зрения или планы других людей. История, написанная о каком-то конкретном событии или случае, дает ребенку развернутую информацию, чтобы помочь понять, какая реакция в ответ будет уместна или ожидаема.

Для каждой проблемной поведенческой ситуации пишется история, в которой главным героем является сам ребенок, описывается событие из его жизни, например необходимость стоять в очереди в школьном буфете, действия ребенка в данной ситуации. Благодаря написанию социальных историй, мы можем снизить уровень тревожности и предотвратить нежелательное поведение детей с РАС в фрустрирующих ситуациях. Истории пишутся по определенным правилам, чтобы максимально избежать напряжения у аутичного ребенка и точнее дать установку для действий. Методика предполагает активное участие ребенка в написании социальной истории, так как она непосредственно связана с его личностью и интересами. Благодаря использованию социальных историй он легче обучается поведению в социуме.

Еще одна технология, позволяющая адаптировать ребенка с РАС к обучению в детском коллективе, – это тренинги стрессоустойчивости. Они полезны для тех детей, которые не могут справиться с фрустрацией в школе и подвержены эмоциональным срывам. Такие тренинги могут быть направлены на:

- своевременное распознавание признаков эмоциональной перегрузки;
- оценку учащимся уровня своего состояния;
- создание индивидуальных техник релаксации и приобретение навыков их использования;
- предупреждение стрессов, создание индивидуальных дневников, расписаний, блокнотов для структурирования событий и поведенческих реакций на них.

В старших классах у детей с нетяжелыми проявлениями РАС нередко проявляются коммуникативные проблемы, связанные с недостаточным, не соответствующим возрасту развитием речи и ее грамматического строя. Потребность в специальных коммуникативных тренингах у таких детей особо ощущается в ситуациях, когда возникает необходимость давать развернутые ответы у доски, презентовать свои работы и включаться в сложные формы взаимодействия в коллективе. Тренинги коммуникативных навыков со временем могут проводиться не только индивидуально, но и в небольших группах. Ведущая роль психологов в проведении таких тренингов заключается в том, чтобы активировать у ребенка мотивацию к общению, расширить его словарный запас, помочь сформировать алгоритм написания выступлений.

Психокоррекционная работа с детьми аутистического спектра развития может проводиться не только психологами, учителями, социальными педагогами, но и родителями. Особое значение такая работа имеет для предотвращения нагнетания обстановки в коллективе вокруг аутичного ребенка. Своевременное вмешательство взрослых на первичных этапах может поддержать ребенка и сформировать у него желание взаимодействовать с другими детьми. Создание для ученика группы поддержки из наибольшего числа детей в дальнейшем сделает менее реальной ситуации травли и издевательств в коллективе. Дружественное окружение родителей, педагогов и психолога может предупредить возможные стрессовые и проблематичные ситуации в подростковом возрасте.

приложение

# Клінічний протокол надання медичної допомоги дітям із гіперкінетичними розладами

*ЗАТВЕРДЖЕНО*
*наказом Міністерства охорони здоров'я України*
*від 15.02.2010 № 108*

***Коди за МКХ-10 F90.0, F90.1, F90.8, F90.9***

*Установи-розробники:*

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Луганський медичний університет МОЗ України, Навчально-реабілітаційний центр «Джерело», м. Львів.

*Члени робочої групи:*

І.А. Марценковський, С.Є. Казакова, Я.Б. Бікшаєва, В.С. Підкоритов, В.Ю. Мартинюк, О.І. Романчук,, І.І. Марценковська, О.В. Ткачова.

# Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і термінів

| | |
|---|---|
| МОЗ | Міністерство охорони здоров'я |
| МКХ-10 | Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду |
| DSM-IV | Діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів IV перегляду |
| DSM-IV-TR | Діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів IV перегляду, переглянуте |
| ГКР | Гіперкінетичний розлад |
| КР (КПР) | Коморбідні розлади (коморбідні психічні розлади) |
| РЗР (РСА) | Розлади загального розвитку (розлади зі спектру аутизму) |
| РДУГ | Розлад із дефіцитом уваги і гіперактивністю |
| ТР | Тикозні розлади |
| РП | Розлади поведінки |
| ТФР | Тривожно-фобічні розлади |
| IACAPAP | Всесвітня асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій |
| EFCAP | Європейська асоціація дитячої та підліткової психіатрії та суміжних професій |
| CMCP | Сектор медико-соціальної реабілітації дітей та підлітків із психічними та поведінковими розладами |
| УНДІ ССПН | Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології |
| КПТ | Когнітивно-поведінкова терапія |
| СТ | Соціальна терапія |
| ТБК | Тренінг батьківської компетенції (батьківський тренінг) |
| ТПК | Тренінг педагогічної компетенції (вчительський тренінг) |
| КПСВ | Корекційно-педагогічний супровід випадку |
| МТ | Медикаментозна терапія |
| ТЦА | Трициклічні антидепресанти |
| СІЗЗС | Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну |
| СІЗЗСН | Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну |
| DAWBA | Шкала оцінки розвитку та благополуччя дитини |
| CBCL | Контрольні таблиці дитячої поведінки |
| SDQ | Анкетний опитувальник сильних і слабких особливостей дитини |
| FDA | Управління з контролю за якістю харчових продуктів і лікарських засобів |

## Умови, в яких має надаватися медична допомога

Медична допомога дітям має надаватися в максимально дестигматизованих умовах, переважно амбулаторно за місцем мешкання. Доцільним є створення за межами психіатричних установ територіальних кабінетів для медичної, психотерапевтичної та корекційно-педагогічної допомоги дітям із ГКР чи надання їм спеціалізованої психіатричної допомоги дитячим лікарем-психіатром у складі закріпленої за певною територією мультидисциплінарної бригади. Психосоціальна терапія, програми підвищення ефективності контролю за поведінкою дітей мають проводитися безпосередньо в дошкільних та шкільних навчальних закладах. За неможливості створення належних умов у позалікарняних умовах для проведення комплексного обстеження, розробки програм лікування, надання високоспеціалізованої психотерапевтичної допомоги можлива госпіталізація на психіатричні ліжка денних стаціонарів та багатофункціональних дитячих лікарень.

## Клініко-діагностична програма

### *Загальні вимоги до організації клініко-діагностичної програми*

Діагностичний процес при ГКР має декілька базових цілей: встановити діагноз ГКР, коморбідних розладів; дослідити ситуацію в контексті сім'ї та соціального середовища (внутрішню та зовнішню інтерперсональну динаміку, наявність психотравмуючих факторів і захисних ресурсних чинників).

Утім встановлення діагнозу та досягнення розуміння ситуації через призму біопсихосоціальної моделі є не єдиними цілями діагностичного процесу. Іншою надзвичайно важливою його метою є встановлення терапевтичної взаємодії з сім'єю та дитиною, партнерських стосунків, досягнення спільного для дитини і батьків бачення проблем, цілей та формування відповідного плану дій.

Діагностика ГКР включає:

- первинний скринінг вчителями та психологами загальноосвітніх шкіл, корекційними педагогами;
- первинну діагностику лікарями ланки первинної медичної допомоги, сімейними лікарями, дитячими неврологами;
- заключну діагностику лікарями-психіатрами дитячими;
- за потреби – психофізіологічне та нейропсихологічне обстеження.

Підсумком діагностичного процесу має бути встановлення клінічного діагнозу відповідно до МКХ-10, з якого випливає комплексний план допомоги дитині та її сім'ї.

Діагностичне формулювання має включати:

- основний діагноз;
- діагноз КР та визначені супутні проблеми;
- психологічну характеристику дитини;
- характеристику проблем, пов'язаних із групою первинної підтримки дитини;
- характеристику соціального та освітнього контекстів життя дитини;
- аналіз основних негативних та позитивних факторів впливу на динаміку розвитку дитини, характеристику взаємодії цих факторів;
- прогностичне формулювання.

### *Попередня діагностика порушень уваги, рухової активності та вольового контролю над мисленням, поведінкою та потягами*

Попередня (доклінічна) діагностика (скринінг) розладів уваги та гіперактивності у дітей дошкільного віку має здійснюватися вихователями дошкільних освітніх закладів,

корекційними педагогами, у дітей шкільного віку – вчителями та психологами закладів освіти. За батьківським та вчительським протоколами шкали Коннерса проводиться оцінювання академічних проблем дитини, встановлюється наявність специфічних затримок розвитку мови, шкільних навичок, рухових функцій, вивчається функціонування груп первинної підтримки.

Особливе значення для діагностики має визначення проблем, пов'язаних зі зміненим патерном родинних взаємин, асоціальною поведінкою батьків, недоброзичливим ставленням до дитини в процесі її виховання, наявністю подій, що призвели до втрати дитиною відчуття власної гідності; дослідження обставин, що можуть свідчити про фізичне чи сексуальне насильство відносно дитини з боку членів групи первинної підтримки. До дослідження функціонування груп первинної підтримки проблемних дітей у разі потреби мають залучатися органи опіки та піклування.

### *Первинна діагностика ГКР лікарями загальної практики (сімейними лікарями)*

Лікарі ланки первинної медичної допомоги (сімейні лікарі), педіатри, дитячі неврологи мають проводити первинну діагностику ГКР шляхом співставлення інформації, отриманої від батьків, дитини, вчителів та психологів, з діагностичними критеріями МКХ-10. Вони мають проводити диференційну діагностику з розладами уваги та поведінки, зумовленими загальномедичними проблемами (Х-ламкою хромосомою, гіпертиреозом, епілепсією, шкірними хворобами), немедичним застосуванням психоактивних речовин. Педіатри, дитячі неврологи мають здійснювати ранню діагностику порушень зору, слуху, фізичного розвитку, специфічних розладів розвитку мови, шкільних навичок, рухових функцій.

### *Заключна діагностика ГКР на етапі спеціалізованої дитячої психіатричної допомоги*

Заключна діагностика ГКР має проводитися дитячим лікарем-психіатром. З урахуванням результатів проведених обстежень лікар-спеціаліст встановлює відповідність наявних порушень діагностичним критеріям МКХ-10. Виключною компетенцією лікаря-психіатра дитячого є діагностика КПР, диференційна діагностика з іншими психічними та поведінковими розладами.

При обстеженні дитини з підозрою на ГКР дитячий лікар-психіатр проводить формалізоване інтерв'ю з батьками та дитиною та оцінює результати скринінгу за шкалою Коннерса. Окремо оцінюються батьківський та вчительський протоколи, протокол, заповнений дитиною, старшою за 11 років. У разі потреби лікар-спеціаліст може застосовувати інші шкали: DAWBA, CBCL або SDQ.

За потреби можуть проводитися додатково ЕЕГ, психофізіологічні, лабораторні обстеження.

## Особливості оцінювання базових клінічних симптомів та застосування діагностичних критеріїв ГКР

Згідно з сучасними міжнародними класифікаціями МКХ-10 і DSM-IV, розрізняють три групи симптомів ГКР і РДУГ: гіперактивність, неуважність та імпульсивність. Про розлад ми можемо говорити лише в тих випадках, коли ці симптоми спостерігаються у дитини в різних ситуаціях і викликають суттєве клінічне страждання, порушують соціальне функціонування, перешкоджають успішному навчанню або професійній діяльності (якщо мова йде про повнолітніх людей).

Для позитивної діагностики як ГКР, так і РДУГ симптоми мають виявлятися більше, ніж в одній ситуації. У МКХ-10, на відміну від DSM-IV-TR, для встановлення діагнозу потрібно довести наявність як неуважності, так і гіперактивності та імпульсивності. DSM-IV-TR таких вимог не висуває і передбачає можливість діагностики трьох клінічних форм РДУГ: коморбідної (комбінованої), яка відповідає критеріям ГКР за МКХ-10; форми з ізольованими порушеннями уваги; форми з переважанням гіперактивності та імпульсивності.

ГКР маніфестує не пізніше, ніж у 7 років. Якщо імпульсивність, гіперактивність та неуважність вперше виникають у старшому віці, потрібно розглянути можливість діагностики афективного або іншого психічного розладу.

### *Дефіцит уваги при ГКР*

Визначальним симптомом як ГКР, так і РДУГ вважається дефіцит уваги (неуважність). Сказати, що дитина неуважна, недостатньо, оскільки існують різні характеристики функції уваги, асоційовані з різними патологічними процесами: обсяг, вибірковість, легкість відволікання та пильність (здатність сконцентрувати увагу та утримувати зосередженість).

Обсяг уваги – кількість інформації, яку дитина може запам'ятати та усвідомити за короткий проміжок часу, наприклад вивчити вірш чи запам'ятати номер телефону. У дітей з РДУГ немає браку обсягу уваги. Вони можуть запам'ятати та відтворити стільки ж інформації, скільки й інші діти.

Вибірковість уваги – функція уваги, яка забезпечує спроможність дитини зосереджуватися на необхідних стимул-реакціях і не відволікатися на сторонні подразники. «Легкість відволікання» – загальний термін для позначення дефіциту вибіркової уваги. Прикладом порушення вибіркової уваги при ГКР є ситуація, коли дитина легко відволікається на голоси в сусідній кімнаті, на подразники за вікном під час підготовки до тестуючої вправи. З функцією вибірковості уваги тісно пов'язана її усталеність, або пильність – здатність утримувати зосередженість протягом певного часу всупереч втомі.

Порушення уваги при ГКР прийнято поділяти на дві категорії: асоційовані з дефіцитом вибіркової уваги (легкість відволікання) та зумовлені нездатністю утримувати зосередженість (непильністю).

Поведінка дітей з ГКР дозволяє підозрювати у них наявність дефіциту вибіркової уваги, проте результати психофізіологічних досліджень свідчать, що легкість відволікання не є специфічною для цього розладу. Значна частина сторонніх подразників заважає більшості дітей з ГКР при виконанні академічних вправ не більшою мірою, ніж їх одноліткам. Із цього правила є два виключення, вагомих для клінічної практики: діти з ГКР відволікаються більше за інших на яскраві та привабливі «стимули – реакції»; вони більше, ніж інші відволікаються на сторонню інформацію, присутню в монотонних завданнях, які вони виконують тривалий час. Наприклад, гра з клавішами комп'ютера може для них бути цікавішою, ніж інформація на екрані монітору. Легкість відволікання може бути зумовлена високим чи низьким інтелектом дитини. У першому випадку академічні завдання в школі можуть бути занадто легкими, у другому – занадто складними та нецікавими для дитини.

Ключовим порушенням уваги при ГКР є порушення її пильності (здатності сконцентрувати увагу та утримувати зосередженість). Ніхто з дітей не любить займатися нецікавими для них вправами, проте вони можуть це робити, якщо треба. Діти з ГКР не можуть тривалий час виконувати таке завдання, навіть якщо добре мотивовані на успішну діяльність. Абсолютні норми усталеності уваги відсутні. Проте існують орієнтовні показники, які можна використовувати при діагностиці її порушень (табл. 1).

**Таблиця 1. Орієнтовний час, протягом якого дитина може утримувати зосередженість відповідно до віку**

| Вік дитини, роки | 3-4 | 5-6 | 7-9 | 10-13 | 14-18 |
|---|---|---|---|---|---|
| Усталеність уваги, хв. | 5-10 | 10-15 | 20-30 | 30-40 | > 40 |

При оцінці усталеності уваги окремо оцінюється наявність поведінки, спрямованої на уникнення завдань, які вимагають тривалого зосередження. При цьому важливо диференціювати: «не хоче» чи «не може» дитина виконувати завдання тесту. Це дозволяє виключити опозиційну поведінку. При оцінюванні потрібно спиратися на завдання, які подобаються дитині, але вимагають від неї зосередженості.

Діагностичні критерії неуважності (G1) в МКХ-10 вимагають наявності у дитини принаймні 6 з перелічених симптомів, які спостерігаються щонайменше протягом 6 місяців і виражені настільки, що зумовлюють виражену дезадаптацію дитини чи не узгоджуються із загальним рівнем її розвитку:

- часто виявляє неспроможність сконцентрувати увагу на деталях, не звертає належної уваги на правила, робить численні помилки, беззаперечно зумовлені недбалістю під час виконання шкільних завдань, у щоденній праці або при іншій діяльності;
- часто виявляє неспроможність утримувати увагу під час виконання шкільних завдань або при ігровій діяльності;
- часто буває помітним, що дитина не слухає того, що їй говорять, не чує висловленого на її адресу;
- часто не дотримується наданих інструкцій або не виконує до кінця шкільні завдання, повсякденні справи, інші обов'язки (але не через опозиційну поведінку чи нездатність зрозуміти вказівку);
- часто демонструє недостатню здатність до раціональної організації виконання завдань та іншої діяльності;
- часто демонструє поведінку уникнення чи відразу до діяльності, яка вимагає постійного розумового напруження (наприклад, неохоче береться за виконання домашніх завдань з окремих шкільних дисциплін);
- часто губить речі, необхідні для виконання певних завдань чи іншої діяльності (шкільне приладдя, олівці, книжки, іграшки, одяг);
- як правило, легко відволікається на зовнішні подразники;
- часто демонструє прояви забудькуватості під час повсякденної діяльності.

### *Порушення рухової активності при ГКР*

Гіперактивність належить до основних клінічних проявів ГКР. Раніше вважалося, що непосидючість спостерігається переважно в ситуаціях, які вимагають від дитини з РДУГ гальмування рухової активності, наприклад, у класі під час уроків. За допомогою відеомоніторингу було доведено, що навіть під час сну ці діти демонструють вищу порівняно з однолітками рухову активність. З іншого боку, надмірна, з точки зору культуральних уявлень, рухова активність не може розглядатися як гіперактивність (симптом ГКР) у тих випадках, коли вона не пов'язана з дезадаптуючими формами поведінки.

Потрібно розрізняти гіперактивість у родинному середовищі та гіперактивність у соціумі (громадських місцях, зокрема у школі). Прояви гіперактивності у школі більш показові для ГКР. Асоційовані з надмірною рухливістю порушення поведінки, які мають місце переважно вдома, менш специфічні. Вони можуть свідчити про наявність у дитини опозиційно-викличного розладу.

При оцінюванні гіперактивності слід враховувати порушення поведінки лише в тих ситуаціях, у яких діти відповідно до культуральних норм мають бути спокійними. Наприклад, діагностично значимим є необґрунтоване переміщення столових предметів під час прийому їжі, розгойдування на стільці, що дійсно має розцінюватися як недоречна та неприйнятна для даної ситуації поведінка. Менш доказовою для діагностики розладу є висока рухова активність на перервах між уроками.

Діагностичні критерії гіперактивності (G2) в МКХ-10 вимагають наявності у дитини принаймні трьох з перелічених симптомів, які спостерігаються щонайменше протягом 6 місяців і настільки суттєві, що призводять до вираженої дезадаптації дитини або ж не узгоджуються із загальним рівнем її розвитку:

- часто занепокоєно рухає ногами або руками чи крутиться на кріслі;
- часто залишає своє місце за партою, у класній кімнаті, не може втриматися, залишатися на місці в ситуаціях, що вимагають тривалого сидіння;
- нерідко починає бігати, кудись пориватися в ситуаціях, коли це зовсім недоречно (в юнацькому або дорослому віці аналогом окресленого симптому може бути відчуття неспокою в подібних ситуаціях);
- часто є галасливою під час забави або не може заспокоїтися в ситуації, яка того вимагає;
- демонструє прояви тривалої надмірної рухової активності, яка практично не модифікується соціальним контекстом та очікуваннями оточуючих людей.

### *Порушення вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами*

Імпульсивність розглядається як третя базова ознака РДУГ. Клінічна сутність імпульсивності полягає у неспроможності дитини оцінювати ситуацію перед тим, як почати на неї реагувати. Прикладом імпульсивності є вигукування дитиною відповідей на уроці: не дослухавши запитання, вона починає відповідати на нього, їй складно дочекатися своєї черги, вона порушує заборону викладача. З більшою упевненістю ми можемо говорити про імпульсивність у тих випадках, коли дитина перебиває інших, активно, без дозволу втручається в чужі справи, нав'язує себе іншим.

Розрізняють когнітивну і поведінкову імпульсивність. Когнітивна імпульсивність визначає дезорганізованість мислення, пов'язану з поспішністю суджень і висновків; поведінкова – дезорганізацію вольового контролю над поведінкою і потягами, формування антисоціальної поведінки.

Діагностичні критерії імпульсивності (G3) в МКХ-10 вимагають наявності у дитини принаймні одного з перелічених симптомів, який спостерігається щонайменше протягом 6 місяців і є суттєвим настільки, що це призводить до вираженої декомпенсації дитини або не узгоджується із загальним рівнем її розвитку:

- часто квапиться з відповіддю, вигукує, не дослухавши закінчення запитання;
- демонструє нездатність спокійно стояти у черзі, не здатна дочекатися свого ходу під час гри або в інших ситуаціях групової взаємодії;
- часто втручається у справи та розмови дорослих, перебиває їх на півслові, без дозволу втручається в ігри інших дітей;
- часто занадто багато розмовляє, не демонструє адекватної реакції на соціальний тиск, що здійснюється з метою припинити балаканину.

## Особливості діагностики коморбідних розладів у дітей з ГКР

Діагностика РСА, депресивного, маніакального, ТФР в МКХ-10 на відміну від DSM-IV-TR виключає можливість діагностики ГКР. Серед експертів у галузі дитячої

психіатрії EFCAP за останні роки сформувався консенсус відносно того, що у дітей можлива подвійна діагностика ГКР і низки КР (поведінкового, ТФР, біполярного, РСА, специфічного розвитку мови та шкільних навичок, тикозного).

За даними міжнародних багатоцентрових досліджень, у 66% дітей шкільного віку з ГКР спостерігаються КПР: депресія, манія, субдепресія чи гіпоманія (4%), РП (40%), ТФР (34%), ТР (11%).

В основі високої коморбідності опозиційних форм поведінки і ГКР лежать спільні геномні мутації. Прояви ГКР у дитини дошкільного чи молодшого шкільного віку є значимим чинником ризику формування РП. З іншого боку, самі по собі РП не призводять до появи або посилення симптоматики, асоційованої з ГКР.

Розлади розвитку експресивної мови та шкільних навичок і ГКР також зумовлені однаковими мутаціями генів. Розлади рецептивної мови демонструють високий рівень коморбідності не з ГКР, а із РЗР.

Причини високої коморбідності депресії та тривоги з ГКР не встановлені. Очевидним є той факт, що у дітей з ГКР нерідко формується низька самооцінка, що можна пояснити поганою шкільною та сімейною адаптацією.

Існують певні складності у розмежуванні ГКР та дитячої манії. На користь біполярного розладу можуть свідчити: його пізня (після 8-річного віку) маніфестація з дистимії чи депресії, фазність перебігу, афективні розлади в сімейному анамнезі, варіативна чи негативна реакція на психостимулятори, афінність до стабілізаторів настрою (тимоізолептиків). Діти з ГКР та коморбідною манією, як вважається, мають не лише розлади уваги та гіперактивність, але й погано і мало сплять, надмірно веселі, комунікабельні, говіркі та фамільярні. Про наявність коморбідного РДУГ у таких дітей можуть свідчити: маніфестація психічних розладів у 3-4-річному віці з надмірної рухливості та імпульсивної поведінки, континуальний перебіг, розлади з руйнівною поведінкою в сімейному анамнезі, позитивна терапевтична відповідь на психостимулятори, відсутність позитивної терапевтичної відповіді на тимоізолептики.

Симптоми ГКР у поєднанні зі стереотипними формами поведінки та помірною, тяжкою чи глибокою розумовою відсталістю згідно з критеріями МКХ-10 мають відноситися до РЗР (F84.4). Інші варіанти сполучення ознак ГКР та РЗР у МКХ-10 мають кодуватися як особливі варіанти РЗР (F84.8, F84.9), проте експерти EFCAP пропонують у наступній редакції класифікації передбачити можливість подвійної діагностики.

Уведення в МКХ-10 рубрики F90.8 частково зумовлене дискусією щодо класифікації таких станів, як гіперактивний розлад із маніакальними симптомами та порушенням поведінки і гіперактивний розлад із депресивними симптомами та порушенням поведінки.

До F90.9 мають відноситися гіперкінетичні реакції у дитячому та підлітковому віці внаслідок депривації та розладів прив'язаності, гіперкінетичні реакції внаслідок психічної травми. Основною відмінністю розладів рубрики F90.9 від розладів, що відповідають F90.8, є виконання діагностичних критеріїв відповідного КПР: реактивного розладу прив'язаності (F94.1), розладу прив'язаності за розгальмованим типом (F94.2), розладу, пов'язаного з реакцією на тяжкий стрес чи порушеннями адаптації (F43).

## Особливості оцінювання тяжкості ГКР

При плануванні лікувальної програми для дітей із ГКР мають враховуватися формалізовані критерії тяжкості розладу. Європейські та американські клінічні рекомендації використовують дефініції легких, середньотяжких та тяжких РДУГ і ГКР, але не містять чітких діагностичних критеріїв для їх визначення.

Як легкі форми ГКР мають оцінюватися ті клінічні випадки, при яких:
- мають місце патологічні рівні розладів уваги, рухової активності, вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами;
- симптоми розладу спостерігаються при широкому спектрі різноманітних ситуацій, що, як правило, не пов'язані з групою первинної підтримки дитини;
- симптоми розладу не супроводжуються тяжкими порушеннями поведінки, які унеможливлювали б адаптацію дитини у дошкільних і шкільних закладах освіти і суттєво порушували б функціонування родини (не виконуються критерії розладів поведінки F91);
- симптоми розладу можуть бути усунені за допомогою психосоціальних і корекційно-педагогічних втручань.

Як середньотяжкі форми ГКР мають оцінюватися ті клінічні випадки, при яких:
- патологічні рівні розладів уваги, рухової активності, вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами, що спостерігаються при широкому спектрі різноманітних ситуацій, які, в тому числі, стосуються групи первинної підтримки дитини;
- симптоми розладу супроводжуються значними порушеннями соціальної адаптації дитини в родині, у дошкільних і шкільних закладах освіти (виконуються критерії розладів поведінки F91);
- відсутні коморбідні специфічні розлади шкільних навичок та мови;
- за допомогою психосоціальних і корекційно-педагогічних втручань не завжди можуть бути усунені порушення соціальної адаптації, що унеможливлюють адаптацію дитини у дошкільних і шкільних закладах освіти.

Як тяжкі форми ГКР мають оцінюватися ті клінічні випадки, при яких:
- мають місце патологічні рівні імпульсивності, гіперактивності та дефіциту уваги, що спостерігаються більше, ніж в одному середовищі (наприклад, у школі та вдома) протягом більше 6 місяців;
- симптоми розладу супроводжуються тяжкими порушеннями соціальної адаптації дитини в родині, у дошкільних і шкільних закладах освіти, академічною неуспішністю;
- наявні діагностичні критерії коморбідних поведінкових і тривожно- фобічних/афективних розладів;
- спостерігаються значущі коморбідні специфічні розлади шкільних навичок та мови;
- відмічається неефективність соціальної терапії у дітей дошкільного віку протягом 6 місяців, у дітей шкільного віку – 3 місяців.

### *Психофізіологічні тести для оцінювання порушень уваги та вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами*

Для оцінювання порушень уваги (неуважності) та вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами (імпульсивності) при ГКР можна використовувати лабораторні психофізіологічні тести: тест на функції уваги з безперервним виконанням, тест із стоп-завданням. Під час проведення тесту на функції уваги з безперервним виконанням дітям демонструють серію стимулів, наприклад літер, які з'являються на екрані монітору поодинці. Дитину садять перед монітором і дають завдання: натискати на кнопку лише тоді, коли певна літера з'являється слідом за іншою. Якщо дитина не натискає на кнопку після появи передінформуючої літери, як це слід зробити за інструкцією, її дії оцінюють як помилку упущення (omission). Якщо дитина натискає на кнопку без появи на моніторі передбаченої інструкцією передінформуючої літери або після появи іншої літери, її дії оцінюють як помилку здійснення (commission).

**Таблиця 2. Вибір та планування терапевтичних втручань у дітей різного віку**

| Вік дитини | Форма терапевтичного втручання |
|---|---|
| Дошкільний | ***А.*** Лікування починають з СТ:<br>ТБК<br>ТПК у разі відвідування дошкільного освітнього закладу<br>КПСВ за наявності затримок розвитку мови та шкільних навичок<br>КПТ за містом мешкання дитини<br>Відвідування спеціального дошкільного освітнього закладу з посиленою педагогічною корекцією<br>***Б.*** МТ додається до СТ за наявності серйозних порушень функціонування дитини в головних сферах життя та недостатній ефективності СТ протягом 6 місяців |
| Шкільний | ***А. Легкі та середньотяжкі форми ГКР***<br>Лікування починають з СТ: ТБК, ТПК, КПСВ за наявності затримок розвитку мови та шкільних навичок, КПТ за містом мешкання дитини<br>МТ (метилфенідатом) додається до СТ при збереженні значущих порушень функціонування дитини в головних сферах життя протягом 3 місяців<br>***Б. Тяжкі форми ГКР***<br>Лікування починають з МТ метилфенідатом у сполученні з ТБК і ТПК, за недостатньої ефективності додатково застосовують КПТ<br>У разі недостатньої ефективності застосовують МТ атомоксетином у сполученні з ТБК, ТПК, КПТ<br>За недостатньої ефективності застосовують альтернативну МТ чи комбіновану МТ препаратами другої групи (агоністами центральних β-адренорецепторів, антидепресантами)<br>***В. Коморбідні форми***<br>Лікування починають з МТ КР, після стабілізації стану розпочинають МТ ГКР психостимуляторами/атомоксетином<br>За наявності специфічних розладів розвитку шкільних навичок та мови додатково застосовується КПСВ<br>За наявності депресивних розладів та ТФР можливе додаткове застосування КПТ |

Накопичення помилок упущення свідчить про неуважність, помилок-здійснення – про імпульсивність.

Тест із стоп-завданням – лабораторний метод, що моделює елементи діяльності з реального життя дитини та вимагає швидкого ухвалення правильних рішень відносно виконання чи гальмування певних рухів. Тест складається з двох субтестів: старт-реакції та стоп-реакції. При виконанні субтесту зі старт-реакцією досліджуваного просять зосередити увагу на 2 літерах (стимул-реакціях), які у випадковому порядку генеруються комп'ютером. Коли на екрані з'являються необхідні літери, дитина повинна натискати на відповідні клавіші на клавіатурі. При виконанні субтесту зі стоп-реакцією під час появи букв періодично може лунати звуковий подразник (стоп-сигнал). Дитина не повинна натискати на клавіші, коли лунає цей звук. Порівняно з іншими дітям із ГКР важко стримувати руховий імпульс під час стоп-випробування.

## Лікувальна програма

### *Загальні вимоги до лікувальної програми*

Цілісний терапевтичний процес дітей з ГКР має включати СТ (КПТ, ТБК, ТПК, КПСВ та МТ).

Співвідношення МТ з іншими видами лікування при ГКР у дітей різного віку з урахуванням критеріїв тяжкості розладу подано в таблиці 2.

**Таблиця 3. Об'єкти та цілі комплексної СТ при лікуванні ГКР**

| Об'єкт | Ціль |
|---|---|
| Дитина з ГКР | Покращання концентраційної функції уваги, корекція гіперактивності, усунення імпульсивності, профілактика агресивних форм поведінки, профілактика залежних форм поведінки, корекція КПР, профілактика формування специфічних затримок розвитку шкільних навичок, покращання загального функціонування дитини |
| Сім'я | Покращання контролю батьками поведінки дитини, запобігання небажаних ситуацій; усунення проблем у стосунках між дитиною та її батьками; покращання емоційної атмосфери в сім'ї; усунення (у разі наявності) проблем із психічним здоров'ям у самих батьків |
| Школа | Усунення труднощів у процесі навчання, врахування специфічних потреб дитини у навчальному процесі; корекція негативних моментів у стосунках між вчителем та дитиною |
| Однолітки | Корекція негативних форм взаємодії |

Ці рекомендації кореспондуються з вимогами європейських клінічних рекомендацій для ГКР (EFCAP, 2004).

### *Соціальна терапія*

СТ – система спеціально організованих соціальних впливів на перебіг психічного розладу та зумовлені ним порушення соціального функціонування в родині, середовищі однолітків, навчальному закладі з метою соціальної реінтеграції та психологічного благополуччя дитини.

Соціальні втручання мають будуватися на засадах оперантного зумовлення: позитивного соціального підкріплення шляхом надання координуючої уваги, заохочення, корегуючого навчання та виховання, копінг-поведінки в процесі спільної діяльності та усунення негативного підкріплення шляхом ігнорування небажаних форм поведінки та реагування.

СТ дітей із ГКР є невід'ємною частиною їх програмно-цільового обслуговування і повинна включати низку обов'язкових модулів (табл. 3).

*А. Тренінг батьківської компетенції (батьківський тренінг).* ТБК – досягнення розуміння батьками проблем дитини, позбавлення відчуття провини за її розлади, формування навичок попереджаючого управління поведінкою, покращання навичок складання угод та підвищення ефективності вимог, реагування на прояви зухвалої поведінки, планування заходів, спрямованих на корекцію порушеної самооцінки, формування відповідальності за поведінку в проблемних ситуаціях.

*Б. Тренінг педагогічної компетенції (вчительський тренінг).* ТПК – навчання викладачів, психологів та вихователів плануванню та застосуванню ефективних виховних заходів у дитячих садках і школах: попереджаючого управління поведінкою (формування правил, адаптація навчальних завдань, регулювання навчального навантаження, організація допомоги з боку однолітків), формування заходів реагування на викличну поведінку (підкріплення за допомогою жетонної системи заохочень, удосконалення способів покарання), корекції порушень самооцінки, підвищення незалежної ролі в проблемних ситуаціях, підвищення навичок дотримання форм і ефективності вимог.

*В. Корекційно-педагогічний супровід випадку.* КПСВ – проведення педагогічної корекції, спрямованої на попередження формування специфічних розладів розвитку шкільних навичок (читання, писання, рахування) і мови та усунення окремих проявів ГКР.

*Г. Когнітивно-поведінкова терапія*. КПТ – надання допомоги дитині у розумінні природи існуючих проблем та у набутті навичок успішної поведінки у складних ситуаціях, що спрямовані на забезпечення максимально можливої шкільної, сімейної та соціальної адаптації.

Схематично об'єкти та цілі комплексного психосоціального втручання в рамках програмно-цільового обслуговування дітей з ГКР подані у таблиці 3.

Об'єктами КПТ можуть бути не лише базові розлади ГКР і асоційовані з ними прояви дезадаптивної поведінки, а й КПР. КПТ можна застосовувати при ТФР і депресивних розладах як у дитини, так і у її батьків.

## Загальні вимоги до організації ТБК та запровадження ситуативного менеджменту в родині

Ефективність ТБК та запровадження ситуативного менеджменту в родині підтверджено даними низки контрольованих досліджень.

СТ на рівні сім'ї повинна включати наступне.

1. Складання із батьками переліку ситуацій, що містять специфічні для дитини з ГКР проблеми, дослідження конкретних форм дезадаптивної поведінки дитини в проблемних ситуаціях, обговорення варіантів кризового втручання та способів припинення зухвалої поведінки, моніторування більш адаптивних форм поведінки.

2. Закріплення чи формування у батьків таких способів вирішення внутрішньосімейних проблем, що сприятимуть посиленню взаємної емпатії, усуненню насильства та авторитаризму.

3. Навчання батьків правилам, що сприятимуть підвищенню ефективності директивних комунікацій із дитиною (встановлення здорового контакту, структурування вимог, дотримання етапності у розпорядженнях, позитивне підкріплення випадків відповідальної поведінки дитини).

4. Розробка спільно із батьками системи заохочення прийнятних форм поведінки дитини у проблемних ситуаціях та удосконалення системи покарання (штрафи, тайм-аути, ізоляція) для усунення небажаних форм поведінки.

5. Навчання батьків методиці покарання через позбавлення заохочення з метою її застосування у випадках такої поведінки, при якій негативні наслідки для дитини не є достатньо дієвими. Таке соціальне втручання має застосовуватися батьками дуже обережно та делікатно, щоб не викликати асоціацію із безглуздим покаранням.

6. Інтеграція досвіду роботи дитини та батьків із психотерапевтом у єдиний процес СТ у сім'ї: застосування у різних ситуаціях навичок керування стресом, контролю проблемної поведінки; проведення погоджувальних тренінгів, налагодження спілкування, спрямованого на зменшення конфліктів між дітьми та батьками, впровадження заходів сімейного самоврядування.

## Загальні вимоги до організації ТПК, планування та проведення ефективної психосоціальної терапії в освітніх закладах

Застосування корекційно-виховних втручань викладачами шкіл та вихователями закладів дошкільної освіти вважається ефективним, а разом із ситуативним менеджментом у родині достатнім втручанням при легких формах ГКР.

СТ у закладах освіти повинна включати наступне.

1. Обговорення з вчителями організації проведення уроку та особливостей роботи з кожною проблемною дитиною, наприклад: рекомендується посадити дитину з ГКР

ближче до вчителя; давати їй короткі академічні завдання послідовно, кожне наступне – після виконання попереднього; вставляти між завданнями під час уроку короткі фізичні вправи; сприяти формуванню ігноруючої реакції класу у відповідь на руйнівні форми поведінки дитини.

2. Складення переліку специфічних проблемних ситуацій та відхилень у поведінці для кожної дитини з ГКР (наприклад, вигукування відповідей до завершення формулювання завдання викладачем, вставання і розгулювання по класу, зайнятість сторонніми справами під час уроку та ін.). Моніторування успішності дитини та прогресу у поведінці протягом часу за допомогою шкали показників.

3. Навчання вчителів та вихователів методам, які дозволяють підвищувати ефективність директивних комунікацій з дитиною (встановлювати зоровий контакт, чіткіше структурувати вказівки, не давати багато вказівок за один раз, позитивно підкріплювати випадки бажаної поведінки дитини).

4. Навчання вчителів та вихователів методам заохочення бажаних форм поведінки у специфічних ситуаціях. Доцільним є застосування техніки дублюючих підкріплень. У навчально-виховному закладі це, наприклад, може бути спеціальна година для гри або фіксований час для виконання домашнього завдання меншого обсягу; вдома чи за його межами – спеціальна ігрова година із психотерапевтом.

5. Навчання вчителів і вихователів методиці «Переривання стимуляції» для застосування її як процедури покарання за серйозні порушення поведінки, при яких її негативні наслідки самі по собі не є повчальними для дитини. Таке покарання має застосовуватися дуже обережно: необхідно бути впевненим, що покидання класу або іншого приміщення позитивно не підкріплюється.

## Вимоги до корекційно-педагогічного супроводу випадків ГКР у дітей шкільного віку

Для кожної дитини з ГКР потрібно скласти програму індивідуального КПСВ. Ці обов'язки мають бути покладені на підпорядковані управлінням охорони здоров'я держадміністрацій медико-педагогічні комісії або територіальні кабінети для медичної, психотерапевтичної та корекційно-педагогічної допомоги дітям із ГКР.

Програма КПСВ має включати заходи педагогічної корекції, спрямовані на попередження формування специфічних розладів шкільних навичок (читання, писання, лічби) та усунення окремих проявів ГКР.

У віці від 4 до 5 років у дитини з ГКР мають бути діагностовані ознаки затримки розвитку навичок експресивної мови та мовної артикуляції; у 5-6 років – ознаки затримки формування шкільних навичок (дрібної моторики та орфографії, читання, лічби). Програма індивідуального КПСВ ГКР у дітей повинна передбачати заходи первинної профілактики та корекції цих затримок розвитку засобами корекційної педагогіки.

Ізольовано впливати на окремі складові РДУГ дозволяє комплекс спеціальних ігрових тренінгів:

- жваві ігри на уважність, диференційовані за задіяними аналізаторами (зоровому, слуховому, вестибулярному, нюховому, смаковому, тактильному) та окремим компонентам уваги (фіксація, концентрація, утримання, перемикання, розподіл);
- ігри, що розвивають посидючість та непохапливість, але не потребують зосередженості та припускають прояви імпульсивної поведінки;
- ігри на розвиток стриманості та самоконтролю імпульсивності, що дозволяють при цьому дитині бути неуважною та рухливою;

- ігри з двоєдиними завданнями, які, наприклад, вимагають одночасно уважності та стриманості, уважності та непохапливості, посидючості та неімпульсивності;
- ігри з триєдиними завданнями, що вимагають сконцентрованості, посидючості та стриманості.

## Когнітивно-поведінкова психотерапія дитини

КПТ має проводитися за місцем проживання дитини на етапі первинної медичної допомоги лікарем — медичним психологом, лікарем-психотерапевтом або дитячим психіатром, які працюють у складі мультидисциплінарних бригад. КПТ може здійснюватися в територіальних кабінетах для медичної, психотерапевтичної та корекційно-педагогічної допомоги дітям із ГКР.

КПТ насамперед спрямована на формування у дитини з ГКР навичок самостійного керування стресом та самоконтролю поведінки у специфічних ситуаціях.

Основою методу ситуативного самоконтролю є навчання дитини з ГКР навичкам покрокового самоконтролю поведінки у проблемних ситуаціях: Зупинитися! – Проаналізувати проблеми, що виникли. – Проаналізувати існуючі плани. – Розглянути можливість альтернативних дій. – Визначити, які плани продовження дій є прийнятними. — Виділити найкращий план. – Реалізувати план. – Визначити, чи є позитивними наслідки рішення, чи вдалося успішно подолати проблему.

Ізольоване застосування методу ситуаційного самоконтролю у дітей з ГКР не підтвердило свою ефективність у ході контрольованого дослідження. Однак ця методика КПТ у комплексі із ТБК і ТПК може бути ефективною для первинної профілактики формування опозиційної та антисоціальної поведінки, залежності від психоактивних речовин.

Окремою метою КПТ може бути усунення у дітей з ГКР коморбідної тривожно-фобічної симптоматики.

## Медикаментозне лікування

Патогенетично обґрунтована МТ при ГКР базується на призначенні препаратів, які посилюють трансмісію норадреналіну та дофаміну в лобних ділянках мозку. Такі нейротрансмітерні зміни зумовлюють покращення функціонування лобної кори та більш ефективне забезпечення нею виконавчих функцій (гальмівної функції щодо стовбурової частини мозку).

За рівнем доказів клінічної ефективності та безпечності застосування в контрольованих дослідженнях препарати для МТ при ГКР можуть бути розподілені на декілька груп.

До препаратів першої групи належать найбільш ефективні та безпечні за результатами контрольованих досліджень медикаментозні засоби – метилфенідат і атомоксетин.

Метилфенідат має перевагу над атомоксетином за рахунок більшої ефективності та меншої кількості побічних ефектів. За результатами численних контрольованих досліджень, терапія метилфенідатом забезпечує зменшення симптомів ГКР на 90%, атомоксетином – на 60%.

До препаратів другої групи належать іміпрамін (ТЦА), бупропіон (антидепресант — інгібітор зворотного захоплення дофаміну), клонідин та гуанфацин (агоністи центральних $\alpha_2$-адренорецепторів). Ефективність цих препаратів також є доволі високою, але нижчою, ніж таких попередньої групи, або встановлена відповідно до вимог доказової медицини лише частково.

За даними контрольованих досліджень, терапія антидепресантами забезпечує 70%, агоністами центральних $\alpha_2$-адренорецепторів – 50% редукцію симптомів ГКР. Препарати

другої групи мають також більш високий рівень побічних реакцій. Антидепресанти не рекомендовано застосовувати у дітей, молодших за 12 років.

Ефективність агоністів центральних $\alpha_2$-адренорецепторів є більшою щодо поведінкових (гіперактивність та імпульсивність), аніж когнітивних (неуважність) симптомів ГКР. Гуанфацин порівняно з клонідином більш селективно впливає на $\alpha_2$-адренорецептори, викликає меншу седацію і діє як на поведінкові, так і на когнітивні симптоми ГКР.

До препаратів третьої групи належать ті, ефективність яких при ГКР встановлена лише частково або профіль побічної дії яких ускладнює їх безпечне застосування. До цієї групи входять мілнаципран і бупропіон. Їх можна призначати у випадках неефективності/непереносимості препаратів попередніх груп.

Окремо слід виділити препарати, які не можуть бути рекомендовані для лікування ГКР, але можуть бути застосовані для лікування коморбідних щодо ГКР розладів, зокрема аутизму, тривожно-фобічних та афективних розладів, що супроводжуються розладами уваги, гіперактивністю та імпульсивністю. Це атипові антипсихотики, солі вальпроєвої кислоти, антидепресанти — СІЗЗС[1].

ГКР – хронічний розлад психіки, але це не означає, що психофармакотерапія при ГКР має бути довічною. Слід враховувати ефект біологічного дозрівання центральної нервової системи, а відповідно, зменшення тяжкості симптомів ГКР із віком. СТ також сприяє нормалізації соціального та сімейного функціонування дитини. Ефективність ТБК і ТПК доведена низкою контрольованих досліджень.

## Протокол психофармакотерапії

1-й етап. Призначення психостимулятора метилфенідату. МТ при ГКР рекомендується розпочинати з призначення метилфенідату. Єдиним внесеним до Державного реєстру лікарських засобів психостимулятором є метилфенідат пролонгованої дії з повільним вивільненням речовини (концерта). Система OROS – метилфенідат завдяки спеціальному механізму осмотичного вивільнення забезпечує рівномірну концентрацію діючої речовини у сироватці крові протягом 12 годин. Це дозволяє ефективно контролювати симптоми ГКР як під час навчання у школі, так і ввечері, коли дитина знаходиться вдома. Прийом препарату один раз на добу дозволяє попередити стигматизацію дітей у школі. Рівномірність вивільнення запобігає коливанням концентрації метилфенідату у сироватці крові і тяжкості симптомів ГКР протягом дня, забезпечує крашу переносимість.

2-й етап. Призначення атомоксетину. У разі відсутності протягом 2 місяців терапевтичної відповіді на лікування метилфенідатом, наявності протипоказань до його застосування чи несприйнятливих побічних ефектів доцільно розглянути можливість лікування атомоксетином. У деяких випадках атомоксетин може застосовуватися як альтернативний препарат для лікування ГКР із коморбідними ТР, ТФР, станами залежності від психоактивних речовин[2]. Атомоксетин має нижчий від метилфенідату ризик підсилення коморбідної симптоматики. У разі ГКР з коморбідною депресією в підлітковому віці лікування може розпочинатися з призначення мілнаципрану[3].

[1] Державним фармцентром України до застосування у дітей зареєстровані: з атипових антипсихотиків – лише рисперидон, з антидепресантів, СІЗЗС – сертралін, флувоксамін, есциталопрам.

[2] Згідно з листом FDA US (Warning letter from Department of Health & Human Services of FDA, 25.09.2008), антидепресивну та антитикозну дію атомоксетину не доведено. Препарат не може розглядатися як засіб для лікування депресивного та тикозного розладів.

[3] Згідно з дослідженнями, проведеними у відділі медико-соціальних проблем терапії психічних розладів УНДІ ССПН!, мілнаципран при лікуванні ГКР з коморбідною депресією не поступається за ефективністю атомоксетину.

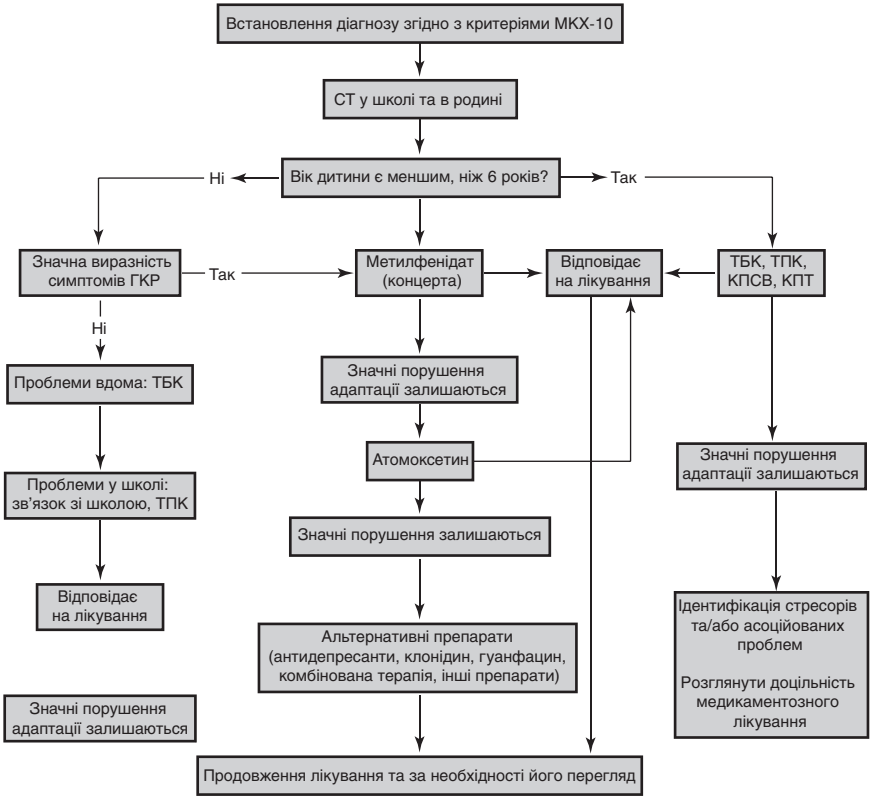


**Рисунок. Алгоритм лікування дітей із ГКР**

3-й етап. Комбінована терапія метилфенідатом та атомоксетином. При частковій відповіді на терапію метилфенідатом/атомоксетином рекомендоване комбіноване застосування цих препаратів, хоча наразі така практика є мало поширеною і існує недостатньо обґрунтованих даних щодо її безпечності та ефективності. Комбіновану терапію можуть застосовувати лише дитячі психіатри, які мають великий власний досвід роботи з метилфенідатом та атомоксетином.

4-й етап. Застосування ТЦА або бупропіону. За неефективності застосування препаратів першої та другої черги вибору пропонується перехід на один із антидепресантів: із групи ТЦА (амітриптилін, іміпрамін), із групи інгібіторів зворотного захоплення дофаміну (бупропіон). Іміпрамін має перевагу над амітриптиліном за рахунок збалансованої дії на трансмісію серотоніну та норадреналіну. Це забезпечує лінійну залежність між дозою, клінічним ефектом та рівнем побічних дій.

5-й етап. Прийом антидепресантів, які не призначали на попередньому етапі. Дослідження, проведені в УНДІ ССПН, показали ефективність застосування мілнципрану у підлітків для терапії ГКР із коморбідною депресією. Завдяки збалансованій дії препарату на трансмісію серотоніну та норадреналіну, забезпечується лінійна залежність між дозою, клінічним ефектом та рівнем побічних явищ. Терапія мілнципраном сприяє 70% редукції симптомів ГКР.

Препарат має розглядатися як альтернатива іміпраміну, застосування якого передбачене на попередньому етапі протоколу. При депресіях із розладами уваги, академічними проблемами та порушеннями поведінки, асоційованими з імпульсивністю, мілнаципран можна застосовувати як препарат першої черги вибору.

6-й етап. Застосування агоністів $\alpha_2$-адренорецепторів (клонідин або гуанфацин). Перевага антидепресантів над цими препаратами полягає в їх вищій ефективності та безпеці застосування.

7-й етап. Прийняття комісійного рішення щодо подальшого лікування дитини. За неефективності препаратів першої, другої та третьої черги вибору рекомендується провести клінічний консиліум з метою прийняття рішення про вибір стратегії подальшого лікування.

Алгоритм лікування дітей із ГКР представлений на рисунку.

## Особливості терапії психостимуляторами

Психостимулятори вже шість десятиліть ефективно застосовуються психіатрами всього світу для лікування станів із дефіцитом уваги та гіперактивністю. Цю терапію отримують 2,8% дітей віком від 5 до 12 років, тобто психостимуляторами щорічно лікуються близько 1,5 млн дітей.

Клінічні ефекти терапії психостимуляторами (метилфенідатом) у дітей із ГКР базуються на:

- дії метилфенідату на субстрат розвитку ГКР (відновлює кількість дофаміну та норадреналіну в синапсах у префронтальній корі);
- дії на всі симптоми ГКР (гіперактивність, дефіцит уваги та імпульсивність), що зумовлює найбільш високу ефективність лікування ГКР;
- зменшенні агресії, зумовленої імпульсивністю, та емоційних «вибухів», що приводить до покращення поведінки дитини вдома й у школі;
- покращенні взаємодії між батьками та дитиною, зменшенні рівня конфліктів, тяжкості опозиційної поведінки;
- зменшенні академічних проблем, пов'язаних з розладами уваги, підвищенні продуктивності навчання у школі;
- покращенні якості соціальної взаємодії дитини з однолітками.

## Етапи терапії психостимуляторами

1. Підготовчий етап, протягом якого проводиться діагностика РДУГ, визначається тяжкість розладу, створюються партнерські відносини з батьками, вчителями та дитиною.

2. Етап титрування, що триває не менше 2-3 тижнів і включає титрування дози препарату і моніторинг побічних ефектів.

3. Етап довгострокової медикаментозної терапії, протягом якого оцінюються симптоми РДУГ, проводяться регулярний моніторинг переносимості лікування і спостереження за соціальною адаптацією дитини.

### *Підготовка дитини до терапії метилфенідатом*

Під час підготовчого етапу мають бути проведені:

- інтерв'ю з батьками дитини, отримана інформована згода на лікування;
- інтерв'ю з дитиною, встановлені партнерські стосунки, у разі потреби отримана інформована згода на лікування;
- вимір росту та маси тіла дитини, зіставлення отриманих параметрів із нормативними віковими показниками;

- кардіологічне (ЕКГ, вимірювання ЧСС, артеріального тиску) і неврологічне (ЕЕГ) обстеження дитини;
- збір клінічної інформації про наявність симптомів, що нагадують потенційно можливі побічні дії метилфенідату (порушення сну, апетиту), оцінка індивідуальних особливостей дитини з метою прогнозування можливих реакцій на розвиток побічних явищ.

### *Титрування дози метилфенідату*

Ефективна терапевтична доза метилфенідату в дошкільному віці становить 0,25-0,7 мг/кг на добу, у шкільному – 0,5-2 мг/кг на добу. Для дітей від 6 років рекомендована разова доза – 0,3-0,7 мг/кг; добова – 0,5-2,0 мг/кг; максимальна – 60 мг/добу. Рекомендована стартова доза препарату дорівнює 5 мг/добу.

Метилфенідат має призначатися один або два рази на день (вранці та в обідній час). Збільшувати дозу потрібно на 5-10 мг на тиждень до досягнення бажаного клінічного ефекту чи доведення її до гранично припустимої дози (поява неприйнятних побічних ефектів). При призначенні дози до 1 мг/кг на добу побічні ефекти розвиваються дуже рідко. У разі відсутності значимих побічних ефектів дозу метилфенідату підвищують до 1,5 мг/кг на добу.

При застосуванні метилфенідату у формі сповільненого вивільнення (концерта) стартова доза становить 18 мг. При недостатньому клінічному ефекті кожні 7 днів дозу покроково збільшують до 27, 36, 54 мг/добу.

Титрування дози метилфенідату проводиться 3-4 тижні, протягом яких приймається рішення про те, яка доза препарату є оптимальною для дитини. Увесь цей час дитина має мати традиційні розклад дня та обсяги академічних навантажень.

### *Можливі побочні дії та ускладнення терапії психостимуляторами. Моніторинг переносимості терапії метилфенідатом*

При призначенні метилфенідату слід попередити батьків і дитину, що підбір дози триватиме близько 1 місяця, що вимагатиме регулярних щотижневих візитів до лікаря. Мета візитів – оцінка переносимості препарату і контроль за дотриманням правил його прийому.

Протягом першого року терапії метилфенідатом дитину необхідно оглядати кожні 2 місяці, а надалі – 3-4 рази на рік. Упродовж усієї терапії потрібно проводити моніторинг: тяжкості симптомів РДУГ, академічної успішності, рівня шкільної та родинної адаптації, наявності проблем у взаємовідносинах із викладачами та іншими дітьми, побічних ефектів.

У дошкільнят (3-6 років) чутливість до психостимуляторів є нижчою, а ризик побічних ефектів – вищим.

Найпоширенішими побічними явищами при лікуванні метилфенідатом є: безсоння, зниження апетиту, посилення тиків, побічні ефекти з боку серцево-судинної системи (тахікардія, підвищення артеріального тиску), алергічні реакції, розвиток депресії[4].

Прийом метилфенідату не супроводжується розвитком ейфоричного стану, тому при його застосуванні не формується залежність.

### *Застосування заходів, що зменшують вплив побічних ефектів психостимуляторів на самопочуття та функціонування дитини*

Так, наприклад, порушення апетиту можна корегувати призначенням метилфенідату під час сніданку чи після нього, перенесенням більшої частини денного раціону на

[4] В Україні зареєстровано метилфенідат пролонгованої дії – концерта, що має кращу порівняно з короткодіючими метилфенідатами переносимість за рахунок системи сповільненого вивільнення діючої речовини (система OROS). Найбільш поширеними побічними реакціями препарату є головний біль (14%), біль у животі (7%), зменшення апетиту (4%) (Wolraich et al. Pediatrics 2001; 108: 883-892).

вечерю, коли дія психостимулятора відсутня. Стратегія посилених вечерь може також попереджати проблеми зі зменшенням/уповільненням набору маси тіла.

Порушення сну можна корегувати перенесенням прийому препарату на більш ранній час, а при виражених проблемах із засинанням – призначенням на ніч ліків зі снодійним ефектом.

Інколи може спостерігатися посилення симптомів ГКР у вечірні години, коли концентрація препарату в сироватці крові знижується. У таких випадках позитивний результат можна отримати завдяки перегляду режиму його прийому зі зміною розкладу введення різних доз протягом дня.

За наявності значущих побічних ефектів, які спричиняють дитині значний дискомфорт і не піддаються корекції шляхом регуляції дози чи іншим способом, розглядається питання про перехід на лікування іншим препаратом чи відміну МТ.

### *Тривалість терапії метилфенідатом*

Раніше поширеною була практика, коли прийом психостимуляторів призначали лише у дні, коли дитина перебуває у школі, а на вихідні та канікули препарати відміняли. На сьогодні у випадку виражених порушень та поведінкових проблем поза школою рекомендується не припиняти МТ у вихідні та під час канікул.

Мінімальний курс терапії метилфенідатом при ГКР має становити 1 рік. Щороку важливо переглядати рішення про необхідність подальшого прийому метилфенідату. Для цього препарат можна тимчасово відмінити на період літніх канікул, це дозволить запобігти серйозних ускладнень, якщо рішення про відміну терапії було помилковим. Лікування метилфенідатом не є довічним. З часом, в міру дозрівання головного мозку та формування навичок соціального функціонування, препарат може бути відмінений.

Іноді, особливо при тяжких формах ГКР, прийом психостимуляторів може бути показаний упродовж кількох років, включаючи і підлітковий вік, а при виражених труднощах при досягненні повноліття – і в дорослому віці.

При терапії психостимуляторами не спостерігається синдрому відміни. Повернення симптомів ГКР після припинення прийому метилфенідату свідчить про необхідність подальшого лікування.

Результати низки проведених довготривалих досліджень (термін спостереження – від 4 до 13 років у різних дослідженнях) показали, що застосування психостимуляторів у дітей з ГКР зменшує ризик виникнення залежностей (наркотичної, алкогольної, тютюнової) у підлітків та дорослих.

Механізм протективної дії психостимуляторів полягає в редукції симптомів ГКР, зокрема імпульсивності, а також агресивних розладів та пізніх розладів особистості.

## Особливості терапії іншими препаратами, рекомендованими при ГКР

### *Атомоксетин (стратера)*

За фармакокінетичними характеристиками атомоксетин є препаратом тривалої дії, що при одно-/дворазовому прийомі забезпечує клінічний ефект протягом 24 годин. Механізм його дії полягає у блокуванні зворотного захоплення норадреналіну та підвищенні його концентрації у лобній корі. Атомоксетин випускається у капсулах по 10, 18, 25, 40 і 60 мг. Лікування починають з дози 0,5 мг/кг на добу, яку призначають на один або два прийоми (вранці перед виходом до школи і вдруге – близько 16:00-18:00). Через 4 дні дозу збільшують до 1 мг/кг і ще через 4 дні – до 1,2 мг/кг на добу, але не більше

100 мг/добу. Підвищувати дозу можна і щотижнево. При частковому ефекті за 6 тижнів терапії дозу можна довести до максимальної рекомендованої – 1,8 мг/кг. Звичайно пропонується одноразовий прийом. Двічі на день препарат призначається у випадках, коли це дозволяє зменшити побічні ефекти та покращити переносимість лікування.

*Можливі побочні дії та ускладнення терапії атомоксетином*. Найбільш частими побічними ефектами у дітей при прийомі препарату є зменшення апетиту, нудота, блювання, погіршення нічного сну, підвищена втомлюваність, запаморочення, розлади настрою. Крім того, можуть спостерігатися коливання артеріального тиску, порушення серцевого ритму, зокрема подовження інтервалу QT, розлади сечовипускання. FDA звертає увагу на те, що атомоксетин «підвищує суїцидальний ризик у підлітків».

### *ТЦА (амітриптилін, іміпрамін)*

Механізм дії ТЦА пов'язують із блокуванням зворотного захоплення норадреналіну. Дослідження підтвердили відносно високу ефективність цих препаратів. Більший ефект спостерігається щодо поведінкових, аніж когнітивних симптомів ГКР. Іміпрамін має перевагу перед амітриптиліном за рахунок збалансованої дії на трансмісію серотоніну та норадреналіну. Це забезпечує лінійну залежність між дозою, клінічним ефектом та рівнем побічних явищ. Препарати приймають двічі на день.

Початкова доза складає 12,5 мг/добу, поступово її підвищують кожні 4-7 днів до дози 1-2 мг/кг на добу. Середні дози для учнів початкової школи становлять 25-37,5 мг/добу, для підлітків – від 25 до 75 мг/добу.

У реальній клінічній практиці дозу препарату підвищують на 25 мг щотижня. За відсутності достатнього клінічного ефекту протягом першого місяця лікування, за умови відсутності протипоказань при проведенні ЕКГ-моніторингу (пульс < 130/хв., PR < 200 мс, QT < 460 мс, QRS < 120 мс) дозу підвищують до 3-4 мг/кг на добу.

*Можливі побочні дії та ускладнення терапії ТЦА*. Застосування ТЦА пов'язане з більшим, ніж при лікуванні атомоксетином, ризиком виникнення кардіотоксичних побічних ефектів (негативної інотропної дії, збільшення інтервалу QT, розвитку аритмій), що вимагає ретельного ЕКГ-моніторингу; можуть також виникати ортостатична гіпотензія та симптоми, зумовлені холінолітичною дією (сухість у роті, запори, порушення ясності свідомості). ТЦА можуть знижувати судомний поріг і не рекомендовані до застосування при ГКР з коморбідною епілепсією. Клінічний ефект ТЦА розвивається протягом 3-4 тижнів. Препарати можуть бути ефективними при ГКР із коморбідними ТФР, ТР, при енурезі, наявності розладів сну.

### *Бупропіон – антидепресант, інгібітор зворотного захоплення дофаміну*

Препарат призначається двічі на день. Початкова доза становить 1 мг/кг на добу. Протягом 3 днів дозу збільшують до 3 мг/кг на добу. Остаточна доза може бути збільшена до 6 мг/кг на добу. Початкова доза бупропіону 150 мг/добу. Хворі, для яких доза 150 мг/добу є недостатньою, можуть відчути покращання при збільшенні дози до 300 мг/добу (по 150 мг 2 рази на добу). За відсутності клінічного покращання у разі застосування препарату протягом декількох тижнів у дозі 300 мг/добу вона може бути збільшена максимум до 400 мг/добу (по 200 мг 2 рази на добу).

*Можливі побочні дії та ускладнення терапії бупропіоном*. При застосуванні бупропіону можливі побічні ефекти: дисомнічні розлади, занепокоєння, тремор, судоми. На відміну від ТЦА, препарат не має кардіотоксичної дії. Прийом бупропіону підвищує ризик розвитку судом у дітей з органічним ураженням центральної нервової

системи та епілептичною активністю. Препарат є доволі безпечним і ефективним при лікуванні ГКР у підлітків та дорослих. Клінічний ефект препарату розвивається протягом 2-4 тижнів.

### *Агоністи центральних $\alpha_2$-адренорецепторів (клонідин і гуанфацин)*

Ці препарати застосовуються для лікування артеріальної гіпертензії, але мають показання і в дитячій психіатрії. В Україні клонідин зареєстрований під торговою назвою клофелін. Препарат випускається в таблетках по 0,075 і 0,15 мг, призначається тричі на день. Початкова доза становить 0,075 мг. Кожні 3-7 днів дозу збільшують на 0,0375-0,075 мг за схемою: 1-5-й день: 0 – 0-0,0375 (0,075) мг; 6-11-й день: 0,0375 (0,075) – 0-0,0375 (0,075) мг; з 12-го дня: 0,0375 (0,075) – 0,0375 (0,075) – 0,0375 (0,075). У разі виникнення проблем із засинанням додають четвертий прийом клофеліну на ніч: 0,0375 (0,075) – 0,0375 (0,075) – 0,0375 (0,075) – 0,0375 (0,075). Рекомендована терапевтична доза становить 0,05-0,3 мг/добу (середня доза – 0,1-0,2), що становить 3-5 мкг/кг на добу.

*Можливі побочні дії та ускладнення терапії агоністами центральних $\alpha_2$-адренорецепторів.* При застосуванні клонідину можливі побічні ефекти: седація, зниження артеріального тиску, головний біль, пригнічений настрій. Застосування агоністів $\alpha_2$-адренорецепторів вимагає моніторингу пульсу та артеріального тиску. За необхідності відміни препарату дози потрібно знижувати поступово з огляду на ризик підвищення артеріального тиску. Клінічний ефект препарату розвивається протягом 4-6 тижнів.

### *СІЗЗСН (мілнаципран, венлафаксин)*

Антидепресант венлафаксин виявився ефективним при лікуванні ГКР, але у 25 % дітей він посилював рухову розгальмованість. На даний час препарат вилучено з міжнародних протоколів лікування. Мілнаципран на відміну від іміпраміну не впливає на рецептори постсинаптичної мембрани та більш збалансовано порівняно з венлафаксином підсилює трансмісію серотоніну і норадреналіну. Мілнаципрам не поступається іміпраміну клінічною ефективністю та має нижчий ризик побічних ефектів, властивих ТЦА та венлафаксину. В Україні мілнаципран зареєстровано під торговою назвою іксел. Препарат випускається в капсулах по 25 і 50 мг. Його бажано приймати під час їди по 50 мг 2 рази на добу. Середня добова доза становить 100 мг. Залежно від вираженості симптоматики добова доза мілнаципрану може бути збільшена до 250 мг.

*Можливі побочні дії та ускладнення терапії мілнаципраном.* При застосуванні мілнаципрану можливі побічні ефекти: відчуття тривоги, запаморочення, тремор, сухість у роті, нудота, блювання, запори, в поодиноких випадках – помірне підвищення активності трансаміназ, серцебиття, посилення потовиділення, ускладнене сечовипускання. Побічні ефекти у підлітків та дорослих відмічаються рідко, переважно протягом перших 2 тижнів терапії, зазвичай самостійно зникають і не потребують відміни препарату. Клінічний ефект мілнаципрану розвивається протягом 4-6 тижнів.

### *Інші препарати для лікування ГКР*

Існують попередні дані про можливу ефективність низки інших препаратів при лікуванні ГКР: інгібіторів моноаміноксидази, β-адреноблокаторів, агоністів мускаринових рецепторів, солей вальпроєвої кислоти, карбамазепіну, рисперидону. Інгібітори моноаміноксидази, попри встановлену досить високу ефективність, є доволі небезпечними у застосуванні через ризик розвитку гіпертонічного кризу та їхню взаємодію з іншими

ліками. Бета-блокатори можуть мати певний ефект у зменшенні агресивної та імпульсивної поведінки, втім у дітей застосування їх пов'язане також із ризиком побічної дії на серцево-судинну систему. Солі вальпроєвої кислоти, карбамазепін можуть бути включеними до комплексного лікування у випадках коморбідності ГКР із дитячою формою біполярного розладу та епілепсією. Самостійного значення для терапії ГКР препарати не мають. Рисперидон може бути рекомендований для лікування ГКР, що супроводжуються агресивною поведінкою, афективною нестабільністю, зокрема у дітей з розумовою відсталістю.

## РДУГ (ГКР) із коморбідними епілепсіями

Такі стани можуть бути діагностовані відповідно до критеріїв МКХ-10 і DSM-IV-TR. За даними СМСР УНДІ ССПН, при епілепсіях у дітей РДУГ зустрічаються у 15-35% випадків. Найчастіше РДУГ (ГКР) є коморбідним до лобних епілепсій.

Лікування таких КПР рекомендовано починати з підбору протиепілептичної терапії. Однак протиепілептичні препарати не забезпечують редукцію симптоматики ГКР. Карбамазепін, фенітоїн і фенобарбітал можуть посилювати розлади уваги та імпульсивність. При застосуванні топірамату необхідно дотримуватися режиму титрації. Ламотриджин, солі вальпроєвої кислоти, леветірацетам не посилюють симптоми, асоційовані з ГКР. Після встановлення контролю над епілептичними нападами з метою лікування саме ГКР до терапії слід додати метилфенідат/атомоксетин. Застосування ТЦА та бупропіону не рекомендоване у зв'язку з несприятливим впливом на перебіг епілепсії.

## РДУГ (ГКР) із коморбідними тикозними розладами

Такі стани можуть бути діагностовані відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10 і DSM-IV-TR. За даними СМСР УНДІ ССПН, при ГКР ТР зустрічаються вдвічі частіше, ніж у загальній дитячій популяції.

Транзиторні ТР не розглядаються як протипоказання для лікування метилфенідатом. У значному числі випадків вони не потребують додаткової терапії. В окремих випадках можливе додаткове призначення агоністів центральних $\alpha_2$-адренорецепторів: клонідину та гуанфацину.

При хронічних ТР потрібно розглянути питання про доцільність комбінованої терапії метилфенідатом/атомоксетином і нейролептиками. Дозу метилфенідату/атомоксетину при лікуванні РДУГ потрібно збільшувати повільно, не допускаючи значного посилення тиків.

При розладі Жиля де ля Туретта лікування рекомендовано розпочинати з призначення нейролептика. Після досягнення контролю над тиками до терапії додають метилфенідат/атомоксетин.

## РДУГ (ГКР) із коморбідними тривожно-фобічними розладами

Діагностичні критерії МКХ-10 не передбачають подвійну діагностику ГКР та ТФР. Згідно з критеріями DSM-IV-TR, можлива подвійна діагностика РДУГ та ТФР.

Терапію цього КПР рекомендовано розпочинати з КПТ, у разі відсутності спеціаліста – з призначення СІЗЗС (сертраліну, есциталопраму, флувоксаміну).

Після редукції тривожно-фобічної симптоматики, але не раніше ніж через 1 місяць терапії, до СІЗЗС слід додати метилфенідат. ТФР не розглядаються як протипоказання для лікування метилфенідатом.

Альтернативною терапевтичною тактикою є початок терапії КПР з призначення ТЦА або СІЗЗСН (мілнаципрану, венлафаксину).

Згідно з наведеним вище алгоритмом лікування ГКР, за неефективності метилфенідату можуть застосовуватися атомоксетин та агоністи центральних $\alpha_2$-адренорецепторів. Слід враховувати, що антитривожну дію цих препаратів не доведено.

## РДУГ (ГКР) із коморбідними депресивними розладами

Діагностичні критерії МКХ-10 не передбачають подвійну діагностику ГКР та депресивних розладів. Згідно з критеріями DSM-ГV-TR можлива подвійна діагностика РДУГ та депресивних розладів.

Терапію цього КПР рекомендовано розпочинати з КПТ, у разі відсутності спеціаліста – з призначення СІЗЗС (сертраліну, есциталопраму, флувоксаміну) або СІЗЗСН (мілнаципрану, венлафаксину). За неефективності СІЗЗС та СІЗЗСН можливе призначення ТЦА.

Після редукції депресивної симптоматики, але не раніше ніж через 3 місяці терапії, до антидепресантів слід додати метилфенідат. За неефективності метилфенідату згідно з наведеним вище алгоритмом лікування ГКР до антидепресантів додають атомоксетин та агоністи центральних $\alpha_2$-адренорецепторів. Однак слід враховувати, що антидепресивну дію цих препаратів не доведено.

За даними СМСР УНДІ ССПН, при лікуванні таких станів у підлітків із ГКР віком від 14 років доцільно застосовувати мілнаципран, який викликає гармонійну редукцію депресивних, когнітивних і поведінкових розладів. Згідно з наведеним вище алгоритмом лікування ГКР, за неефективності метилфенідату можуть застосовуватися атомоксетин та агоністи центральних $\alpha_2$-адренорецепторів. Слід враховувати, що антитривожну дію цих препаратів не доведено.

## РДУГ (ГКР) із коморбідними опозиційно-зухвалими та асоціальними розладами поведінки

Можлива подвійна діагностика таких станів відповідно до критеріїв МКХ-10 і DSM-IV-TR. Терапевтична тактика при таких коморбідних станах передбачає першочергове призначення метилфенілату. Якщо опозиційно зухвала поведінка не редукується одночасно з симптомами ГКР, слід призначати атипові антипсихотики, солі вальпроєвої кислоти.

За неефективності метилфенідату згідно з наведеним вище алгоритмом лікування ГКР призначають атомоксетин та агоністи центральних $\alpha_2$-адренорецепторів.

## Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

1. Першочергові результати, які мають бути досягнуті протягом перших двох місяців лікування.

2. Нормалізація поведінки (зменшення гіперактивності, імпульсивності, опозиційних форм поведінки), редукція психопатологічної симптоматики (тривожно-фобічної, депресивної, тикозної).

## Віддалені результати лікування

Відновлення шкільної та родинної адаптації, усунення академічних проблем, специфічних розладів розвитку шкільних навичок та мови, корекція коморбідних психічних розладів, досягнення стану психологічного благополуччя.

## Оптимальна тривалість лікування

Близько 60% дітей з ГКР мають значні проблеми зі шкільною адаптацією, понад 32% завчасно припиняють освіту чи переводяться на індивідуальне навчання.

У підлітків із ГКР значно частіше зустрічаються випадки небажаної вагітності, удвічі збільшується ризик формування залежності від алкоголю, наркотичних речовин, тютюну, у 4 рази зростає ймовірність травматизації. У 70-80% хворих симптоми ГКР зберігаються і в дорослому віці, насамперед порушення уваги та імпульсивність.

Лікування ГКР має бути тривалим. Мінімальна тривалість соціальної терапії – 1 місяць. Мінімальна тривалість медикаментозного лікування – 1 рік. Психосоціальна терапія та медикаментозна терапія можуть тривати до досягнення дитиною повноліття.

## Критерії якості лікування

Критерії якості надання медико-соціальної допомоги дітям із ГКР передбачають оцінювання: дотримання правових процедур надання медичної допомоги, не допущення дискримінації дітей при наданні ним медичних, освітніх, соціальних послуг, забезпечення надання допомоги у максимально не стигматизуючих умовах, задоволеність родин пацієнтів, доступність для дитини передбачених клінічними протоколами базових медичних, спе-ціалізованих медичних та освітніх послуг, вчасність надання передбаченої законодавством соціальної допомоги, наявність ранньої (від 5 до 8 років) попередньої діагностики, рання (до 8 років) соціальна терапія, виконання діагностичної програми відповідно до визначених у протоколі процедур, наявність доступу до КПТ, послуг корекційного педагога, передбачених протоколом МТ.

Для оцінювання діяльності цілісної системи надання психіатричних послуг дитині пропонується проводитися визначення відсотків дітей із ГКР: яких не було діагностовано до 9 років; дітей з ГКР, які не були інтегровані до загальноосвітніх шкіл і були переведені на індивідуальні форми навчання; дітей віком понад 14 років, які скоїли правопорушення чи злочини, мають делінквентну чи залежну поведінку.

## Вимоги до дієтичних призначень та обмежень

Особливі вимоги не передбачені.

## Вимоги до режиму навчання, відпочинку реабілітації

Діти мають займатися за загальноосвітніми програмами в масових школах. Вчителі мають бути навчені навичкам ефективного управління поведінкою, попередження імпульсивних дій з боку дітей з ГКР, особливостям викладання матеріалу та опитування.

## Доказовість медичних технологій, викладених у протоколі

Рекомендації щодо МТ при ГКР побудовані на принципах доказової медицини на основі:

- переліку медичних препаратів, рекомендованих ВООЗ для лікування психічних розладів у дітей (Женева, 2008);
- стандартів діагностики та організації допомоги дітям, молодим людям та дорослим із РДУГ (NICE, Великобританія, 2008);
- Європейських клінічних рекомендацій для ГКР (EFCAP, 2004);
- протоколів Американської академії дитячої та підліткової психіатрії (AACAP, 2007), Американської академії педіатрії (AAP, 2001);
- переліку препаратів, зареєстрованих в Україні до застосування у дітей.

приложение

# Клінічний протокол надання медичної допомоги дітям із розладами загального розвитку (розладами спектра аутизму)

*ЗАТВЕРДЖЕНО*
*наказом Міністерства охорони здоров'я України*
*від 15.02.2010 № 108*

***Коди за МКХ-10: F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.4, F84.8, F84.9***

*Установи-розробники:*
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України, Луганський медичний університет МОЗ України, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

*Члени робочої групи:*
І.А. Марценковський, С.Є. Казакова, Я.Б. Бікшаєва, В.С. Підкоритов, В.Ю. Мартинюк.

# Перелік умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і термінів

| | |
|---|---|
| МОЗ | Міністерство охорони здоров'я |
| МКХ-10 | Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду |
| DSM-IV | Діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів IV перегляду |
| DSM-IV-TR | Діагностичне та статистичне керівництво з психічних розладів IV перегляду, переглянуте |
| РЗР | Розлади загального розвитку |
| РСА | Розлади зі спектра аутизму |
| ABA | Прикладний поведінковий аналіз та втручання |
| ADI-R | Діагностичне інтерв'ю для дітей з аутизмом, переглянуте |
| ASQ | Скринінговий опитувальник аутизму |
| CARS | Дитяча рейтингова шкала аутизму |
| CHAT | Контрольний список діагностичних ознак аутизму у малюків |
| M-CHAT | Модифікований контрольний список діагностичних ознак аутизму у малюків |
| PEP-R | Психоосвітній профіль, модифікований |
| WASHI | Експрес-тест Векслера |
| VABS | Шкала Вайнленд |
| ІРП | Індивідуальна реабілітаційна програма |
| СМСР | Сектор медико-соціальної реабілітації дітей та підлітків із психічними та поведінковими розладами |
| FBA | Функціональний поведінковий аналіз |
| IBI | Інтенсивне поведінкове втручання |
| ТБК | Тренінг батьківської компетенції (батьківський тренінг) |
| ТПК | Тренінг педагогічної компетенції (вчительський тренінг) |
| TEACCH | Програма лікування і навчання дітей із аутизмом та порушеннями комунікації |

## Умови, в яких має надаватися медична допомога

Медична допомога дітям із РЗР має надаватися дитячими психіатрами та корекційними педагогами (логопедами) в максимально дестигматизованих умовах, переважно амбулаторно за місцем проживання. Для надання високоспеціалізованої психіатричної, психотерапевтичної та корекційно-педагогічної допомоги дітям віком від 2 до 9 років доцільне створення спеціалізованих реабілітаційних центрів. За відсутності спеціалізованих реабілітаційних центрів для проведення комплексного обстеження, розробки програм лікування можлива госпіталізація на психіатричні ліжка денних стаціонарів. Високоспеціалізована психіатрична та корекційно-педагогічна допомога дітям з IQ нижче 35 може надаватися в реабілітаційних центрах Міністерства праці та соціальної політики, дітям з IQ 35-70 – у закладах освіти, підпорядкованих Міністерству науки та освіти.

## Клініко-діагностична програма

### *Загальні вимоги до клініко-діагностичної програми*

Діагностичний процес має декілька базових цілей:

- ранню діагностику симптомів зі спектра РЗР і формування груп «специфічного ризику і цілеспрямованої профілактики»;
- остаточну діагностику розладу відповідно до діагностичних вимог МКХ-10;
- оцінювання його тяжкості;
- визначення особливостей психомоторного розвитку та рівня когнітивного функціонування дитини;
- діагностику порушень в окремих психічних сферах дитини;
- діагностику порушень адаптивної поведінки;
- діагностику коморбідних психічних розладів та органної патології;
- дослідження ситуації в контексті сім'ї та соціального середовища (внутрішні та зовнішні фактори, що впливають на терапевтичне середовище, наявність захисних ресурсних чинників).

Іншою надзвичайно важливою метою діагностичного процесу є встановлення терапевтичної взаємодії з сім'єю та дитиною, партнерських стосунків, досягнення спільного бачення проблем, цілей та формування відповідного плану дій.

Діагностика РСА включає декілька етапів:

- первинний скринінг симптомів розладу батьками, вихователями дошкільних закладів освіти;
- первинну діагностику лікарями первинної ланки медичної допомоги (сімейними лікарями), дитячими неврологами;
- заключну діагностику лікарями-психіатрами дитячими;
- оцінювання особливостей розвитку мови, рухових функцій, шкільних навичок колекційним педагогом, логопедом;
- оцінювання наявної органної патології лікарем педіатром.

Підсумком діагностичного процесу має бути встановлення клінічного діагнозу відповідно до МКХ-10, з якого випливає комплексний план допомоги дитині та її сім'ї.

Діагностичне формулювання має включати:

- основний діагноз;
- характеристику особливостей психомоторного розвитку та когнітивного функціонування дитини;
- характеристику мовного розвитку, сформованості шкільних навичок;

- характеристику коморбідних психічних розладів;
- характеристику супутньої органної патології;
- характеристику проблем, пов'язаних із групою первинної підтримки дитини;
- аналіз основних негативних та позитивних факторів впливу на динаміку розвитку дитини, характеристику взаємодії цих факторів;
- прогноз.

## Рання діагностика РЗР і формування груп специфічного ризику і цілеспрямованої профілактики

Ранньою слід називати попередню діагностику РЗР у дітей віком до 3 років, окрім синдрому Аспергера (встановлюється у дітей віком від 4 до 10 років).

Метою ранньої діагностики РЗР є формування груп специфічного ризику і цілеспрямованої профілактики для дітей віком до 36 місяців.

Формування груп специфічного ризику і цілеспрямованої профілактики для дітей із високим ризиком розвитку РЗР, навіть за неможливості остаточної діагностики РСА, дозволяє здійснювати ефективну корекцію порушень психомоторного розвитку та поведінки і значно покращує прогноз розвитку та соціального функціонування дитини.

### *Первинний скринінг симптомів РЗР батьками, вихователями дошкільних закладів*

Можливість діагностики РЗР у віці до 3 років значною мірою залежить від якості психоосвітньої роботи з батьками дітей раннього віку та персоналом дошкільних закладів освіти.

Не всі діти із РЗР можуть бути ідентифіковані у віці до 12 чи навіть 18 місяців. У частини дітей перші ознаки розладу можуть бути діагностовані лише після 3 років (у 36-42 місяці).

У таблиці 1 наведені симптоми, які дозволяють запідозрити розвиток РЗР у дітей віком до 12 місяців, у таблиці 2 – від 12 до 36 місяців життя.

### *Первинна діагностика лікарями первинної ланки медичної допомоги (сімейними лікарями), дитячими неврологами*

Лікар первинної ланки медичної допомоги (сімейний лікар), лікар педіатр, лікар-невролог дитячий за наявності у дитини ознак зі спектра загальних розладів розвитку має провести їх оцінювання за допомогою одного з тестів, що наведені нижче.

CHAT – короткий скринінговий інструмент, призначений для первинної діагностики порушень розвитку у дитини віком від 18 до 36 місяців.

Тест складається з двох частин. Перша частина включає запитання для батьків, які фіксують, чи демонструє дитина певні види соціальної поведінки і деякі моторні навички. Друга частина тесту містить оцінку особливостей взаємодії фахівця первинної медичної допомоги або корекційного педагога з дитиною в рамках 5 стандартних ситуацій. Фактичну поведінку дитини порівнюють з даними, отриманими від батьків. Виконання тесту займає 5-10 хвилин. Тест модифіковано з урахуванням культуральних особливостей української популяції. Інструментарій рекомендовано для використання медичними психологами, лікарями-неврологами дитячими та сімейними лікарями.

M-CHAT – розширена американська версія CHAT, що містить більшу кількість питань щодо соціальної взаємодії та комунікації. Опитувальник добре зарекомендував себе при роботі з українською популяцією дітей. M-CHAT містить 23 запитання з

**Таблиця 1. Ознаки загальних порушень розвитку на першому році життя дитини**

| Сфера дослідження | Ознаки порушень загального розвитку |
|---|---|
| 1 | 2 |
| Моторика | На руках у дорослого справляє враження ригідної, напруженої дитини<br>Має місце стереотипна маніпуляція улюбленими предметами перед очима, які не характерні для дітей першого року життя<br>Проявляє малу активність з пізнавальною метою |
| Перцепція | Дитина абсолютно не реагує на голос батьків, справляє враження глухої<br>Любить різні специфічні звуки<br>До кінця 7-го місяця не повертається у напрямку до джерела звуку або до людини, яка до неї доторкається<br>Часто і тривалий час навмисно дряпає певні поверхні тіла. Протягом тривалого часу концентрується на певних візерунках на стінах та стелі |
| Розвиток мовлення | Під кінець 5-го місяця відсутні гуління<br>Під кінець 7-го місяця не користується голосом для привертання до себе уваги інших<br>Під кінець 8-го місяця відсутня лепетна мова |
| 1 | 2 |
| Соціальна поведінка | Під кінець 3-го місяця емоційно не реагує на близьких та оточуючих (посмішка, образа, плач)<br>Під кінець 6-го місяця не протягує руки до батьків<br>Під кінець 6-го місяця складається враження, що дитина не хоче, щоб її брали на руки або щоб нею займалися (здається, що вона задоволена сама собою)<br>Під кінець 10-го місяця не прагне наслідувати дорослих<br>Під кінець 12-го місяця не цікавиться предметами навколишнього середовища, не вказує на них. Не бавиться, як інші діти, а постійно займається повторенням одноманітних дій, або має місце своєрідне маніпулювання неігровими предметами |
| Інші риси | Різні порушення харчової поведінки (наприклад, стереотипні харчові уподобання).<br>Тривалі фази плачу і крику без будь-яких причин<br>Тривалі фази глибокої апатії<br>Порушення поведінки, раптові «вибухи» агресії<br>Нетипова, як для дитини цього віку, занадто спокійна або, навпаки, неспокійна поведінка<br>Порушення сну (у перші місяці життя періоди безсоння, що супроводжується сильним неспокоєм і плачем дитини, або безсоння, під час якого дитина лежить нерухомо з розплющеними очима і занадто спокійна) |

відповідями у формі ствердження або заперечення. Тест модифіковано з урахуванням культуральних особливостей української популяції. Інструментарій рекомендовано для використання медичними психологами, лікарями-неврологами дитячими та сімейними лікарями.

### *Заключна діагностика дитячими лікарями-психіатрами*

Остаточна діагностика проводиться лікарями-психіатрами дитячими на підставі діагностичних критеріїв МКХ-10.

При заключній діагностиці РЗР лікар-психіатр дитячий має обов'язково брати до уваги результати, отримані під час скринінгу дітей за допомогою CHAT або M-CHAT лікарем первинної ланки медичної допомоги. Остаточна діагностика розладу проводиться шляхом напівструктурованого інтерв'ю з батьками дитини, наприклад,

**Таблиця 2. Предиктори загальних порушень розвитку у дітей віком від 1 до 3 років**

| Сфера дослідження | Ознаки порушень загального розвитку |
|---|---|
| 1 | 2 |
| Соціальні характеристики | Уникає дивитися в очі батькам та іншим людям<br>Не розрізняє незнайомих людей і тих, кого бачить щодня, не боїться незнайомих людей, не демонструє емоційної прив'язаності до батьків<br>Має вузький діапазон емоцій (неадекватні афективні прояви)<br>Не любить ігри типу «ку-ку», «ладушки»<br>Не помічає інших, не звертає на них уваги, не намагається потоваришувати<br>Рідко заводить чи підтримує гру з однолітками або приєднується до групи дітей<br>Погано розуміє загальнозрозумілі звукові сигнали та команди<br>Не до ладу сміється чи кричить<br>Не розуміє емоцій інших<br>Незвично реагує на певні предмети, наприклад може з острахом відноситися до окремих побутових речей, або певних іграшок<br>Ігнорує реальну небезпеку здається, що не розуміє небезпечності висоти, гарячих предметів<br>Неадекватно виявляє свої емоції, емоційну і соціальну взаємність |
| Особливості спілкування | Мало посміхається, має відсторонений вигляд<br>Не відповідно своєму віку мовчазна<br>Не реагує на своє ім'я, поводиться так, ніби не чує<br>Поводиться так, ніби не помічає того, хто з нею говорить, може дивитися «крізь» людину |
| 1 | 2 |
| Особливості пізнавальної діяльності | Не переносить набуті навички на іншу обстановку чи ситуацію (не моделює)<br>Тлумачить мову буквально, погано розуміє вирази обличчя, жести або інші загальноприйняті сигнали<br>Відволікається через звукові або зорові подразники, не вміє очікувати<br>Утруднені організаційні навички, навички планування або вибору<br>Діяльність стереотипна, з великою кількістю поведінкових штампів, ритуалів, які не завжди адекватні відповідній ситуації |
| Особливості поведінки | Пізнає навколишній світ неадекватними методами: наприклад, лиже, нюхає<br>Уникає дивитися на інших<br>Уникає торкатися інших людей, вважає за краще торкатися предметів або використовувати руку іншої людини<br>Імпульсивна, компульсивна або зі схильністю до нав'язливих дій поведінка<br>Стереотипно застосовує засвоєні сигнали та моделі поведінки<br>Пізно починає говорити, має регрес у мовному розвитку (раніше щось говорила, а потім перестала)<br>Механічно, часто невідповідно до ситуації, повторює почуті слова або фрази (ехолалії)<br>Часто має проблеми при наслідуванні або використанні жестів і правильної міміки для о спілкування, не розуміє мімічних виразів та відповідних їм емоцій (наприклад, не розуміє, близька людина плаче чи радіє)<br>Не проявляє зацікавленості у спілкуванні, погано ініціює взаємодію з іншими людьми<br>Не імітує або не демонструє функціональну і рольову гру<br>Не показує пальцем і не маше «до побачення»<br>Спирається або напружується, коли беруть на руки<br>Періодично робить серійні стереотипні рухи (трусить кистями рук, химерно рухає пальцями чи руками, розгойдується, наносить удари по тулубу та ін.)<br>Стереотипно, не за призначенням маніпулює предметами<br>Надзвичайно чутлива до певних звукових подразників (наприклад, пилососа, соковижималки, дриля та ін.), не реагує на певні звукові подразники (переважно мовні)<br>Має стереотипну або ідіосинкратичну мову<br>Опирається змінам звичного розпорядку, безпідставно наполягає на його дотриманні |

за протоколом ADI-R та напівструктурованої оцінки проявів аутистичної поведінки ADOS.

Застосування ADI-R та ADOS дозволяє оцінити функціонування дитини у 3 ключових сферах:

- реципрокної соціальної взаємодії;
- комунікації та мовленні;
- поведінці та ігровій діяльності.

Тривалість дослідження становить 1,5-2 години. Випробування інструментаріїв в клінічній практиці засвідчило, що наявність повної кореляції отриманих результатів із діагностичними критеріями МКХ-10 для рубрики F84 (РЗР).

## Оцінювання тяжкості РЗР за основними сферами психічної діяльності дитини

Оцінка тяжкості розладу і динаміки клінічного перебігу в процесі терапії в кожному конкретному випадку РЗР у дітей має проводитися дитячим лікарем-психіатром із використанням шкали CARS.

CARS – стандартизований інструментарій для оцінювання РЗР у дітей віком від 2 років. Результати тестування за CARS корелюють із DSM-IV і МКХ-10.

Тест оцінює результати безпосереднього спостереження за поведінкою дитини, тривалість становить близько 30 хвилин. Тест включає 15 оціночних позицій:

- стосунки з людьми;
- наслідування;
- емоційні реакції;
- моторну зграбність;
- використання предметів;
- здатність адаптуватися до змін;
- зорову перцепцію;
- слухову перцепцію;
- смакову, нюхову і тактильну перцепцію;
- тривожні реакції та страхи;
- вербальну комунікацію;
- невербальну комунікацію;
- загальний рівень активності дитини;
- рівень і послідовність пізнавальної діяльності;
- загальне враження клініциста.

## Оцінювання особливостей психомоторного розвитку та когнітивного функціонування дитини з РЗР

При оцінюванні дитини з РЗР потрібно визначити особливості її психомоторного розвитку: відповідність рівня сформованості наслідування, перцепторних, пізнавальних, моторних функцій, мови певному віку. Особливості розвитку мають оцінюватися кожні 6 місяців. Динаміка показників дозволяє визначити ефективність лікування, встановити, скорочує чи збільшує дитина протягом часу відставання в розвитку. Для оцінювання особливостей розвитку дитини з РЗР має застосовуватися PEP-R.

PEP-R рекомендовано застосовувати для оцінювання психологічного віку і профілю психомоторного розвитку дитини з РЗР. Більшість тестових завдань PEP-R

не залежить від рівня мовного розвитку. Виконання тестових завдань не обмежене певним часом. Тестові матеріали конкретизовані і цікаві навіть для дітей з тяжкими розладами. Завдяки широкій шкалі рівнів розвитку, передбаченій у тесті, кожна дитина в процесі дослідження завжди має можливість отримати позитивну оцінку. Елементи тесту, спрямовані на оцінювання мовного функціонування, відокремлені від завдань, метою яких є визначення вмінь дитини. Концепція розвитку, покладена в основу тесту, робить можливим описання і розуміння проблем дитини, які виникають в процесі корекційного навчання.

При обстеженні за допомогою PEP-R оцінювання проводиться за двома шкалами: розвитку та поведінки.

За шкалою розвитку оцінюється рівень функціонування дитини щодо її ровесників. Вона містить 131 пробу, що тестують 7 сфер розвитку:

- наслідування;
- перцепцію;
- дрібну моторику;
- крупну моторику;
- зорово-моторну координацію;
- пізнавальні функції;
- комунікацію та експресивне мовлення.

Тест застосовується для дітей віком від 6 місяців до 7 років. Якщо дитина старша (до 12 років), то тест може дати інформацію про ті функції, які мають рівень розвитку, відповідний віку менше 7 років.

PEP-R дозволяє також оцінити рівень когнітивного функціонування дитини без мови.

З цією метою можливе також оцінювання за переліком умінь, що визначають розвиток дитини, а саме за програмою Маккуері.

У дітей з психічним віком понад 6 років рекомендоване застосування WASHI.

## Оцінювання рівня розвитку адаптивної поведінки

Оцінювання рівня розвитку адаптивної поведінки належить до додаткових засобів клініко-діагностичної програми. З цією метою може проводитися оцінювання за шкалою VABS.

VABS є напівструктурованим інтерв'ю, що дозволяє оцінювати рівень функціонування дитини у сфері адаптивної поведінки в чисельному і описовому виразах відносно встановлених вікових нормативів (табл. 3).

Шкала деталізує загальний рівень адаптивності, розглядаючи можливості дитини у 4 сферах:

- комунікації;
- повсякденних життєвих навичок;
- соціалізації;
- моторних навичок.

До інструментарію також входить субшкала проявів дезадаптації, за допомогою якої оцінюються поведінкові патерни, згруповані у дві групи:

- прояви дезадаптивної поведінки, що зустрічаються у дітей у нормі, наприклад у випадках педагогічної занедбаності та шкільної дезадаптації;
- прояви дезадаптивної поведінки, специфічні для РЗР. Шкала валідна у дітей віком від 0 до 18 років.

**Таблиця 3. Діагностика порушень адаптивної поведінки за шкалою VABS**

| Шкала | Субшкала | Зміст |
|---|---|---|
| Комунікація | Рецептивні навички | Уміння слухати, розуміти почуте і виконувати інструкції |
| | Експресивні навички | Вербальні та невербальні навички комунікації, використання абстрактних понять, вербалізація бажань |
| | Письмові навички | Навички читання і писання |
| Повсякденні життєві навички | Особисті навички | Навички самообслуговування та особистої гігієни |
| | Домашні навички | Допомога батькам по веденню домашнього господарства, наслідування (приготування їжі, прибирання, догляд за одягом) |
| | Суспільні навички | Відповідна віку орієнтація в просторі та часі, навички поведінки в місцях громадського харчування, школі, на вулиці, зокрема з огляду на особисту безпеку. Вміння користуватися телефоном, побутовою технікою, поводитися з грошима |
| Соціалізація | Міжособистісна взаємодія | Розпізнавання, висловлювання та наслідування емоцій, наявність навичок встановлення контакту, вміння товаришувати в суспільно прийнятних формах. Позитивне сприйняття свого оточення, демонстрація належності до референтної групи, вміння спілкуватися в різних соціальних групах |
| | Гра, проведення часу | Ігрова діяльність, здатність перегляду телевізора, хобі, спільне з іншими дітьми проведення часу, вміння ділитися і співпрацювати з іншими |
| | Навички співпраці | Здатність дотримуватися суспільних правил і норм, зокрема етикету, наявність відповідальності, вміння контролювати власну поведінку, зберігати секрети |
| Моторні навички | Крупна моторика | Координація руху тіла і окремих його частин (голови, тулуба, кінцівок). Сидіння, ходьба і біг, ігрова активність |
| | Дрібна моторика | Маніпуляція з предметами, художня і конструктивна діяльність руками і пальцями рук |

## Інші додаткові засоби клініко-діагностичної програми

У дітей із РЗР при діагностиці особливостей сенсорних, когнітивних, моторних, мовних, комунікативних, ігрових, адаптаційних порушень додатково можна використовувати інший формалізований діагностичний інструментарій (табл. 4). Його різноманітність забезпечує точну діагностику, необхідну для якісного планування медико-соціальної реабілітації.

## Лікувальна програма

### *Загальні вимоги до лікувальної програми*

Цілісний терапевтичний процес дітей із РЗР має включати заходи медико-соціальної реабілітації та медикаментозну терапію.

### *Медико-соціальна реабілітація*

Медико-соціальна реабілітація дітей з РЗР має будуватися на засадах оперантного зумовлення: позитивного соціального підкріплення шляхом надання координуючої уваги, заохочення, коригуючого навчання та виховання, копінг-поведінки в процесі

**Таблиця 4. Діагностичний інструментарій для оцінювання порушень в окремих психічних сферах дитини з РЗР**

| Сфера психічної діяльності дитини | Інструментарій |
|---|---|
| 1 | 2 |
| Поведінка | Ознакосклад для спостереження за проявами аутизму (ADOS)<br>Ознакосклад для спостереження над поведінкою (BOS)<br>Ознакосклад для етологічного аналізу поведінки (EOS) |
| 1 | 2 |
| Когнітивне функціонування (формальне оцінювання) | Шкала Балей для оцінювання розвитку малюків II (BSID II)<br>Шкала Векслера для дошкільного та початкового шкільного віку, переглянута (WPPSI-R)<br>Тест Штанфорд – Біне, 4-те видання<br>Шкала Маллен для оцінювання передумов формування шкільних навичок (MSEL)<br>Батарея оціночних тестів для дітей Кауфмана (KABC)<br>Міжнародна шкала для оцінювання виконавчих функцій Лейтера, переглянута (LIPS-R)<br>Шкали Мерілл – Палмер для тестів оцінювання психіки |
| Когнітивне функціонування (якісне оцінювання) | Профіль розвитку II «Скринінгові інструментарії для оцінювання загального розвитку»<br>Профіль благополуччя передумов навчання для розвитку у дітей віком до 36 місяців, переглянуте видання |
| Мовний розвиток | Тест для оцінювання сформованості словника розуміння мови (ROWPVT)<br>Тест для оцінювання сформованості словника експресивної мови (EOWPVT)<br>Секвенцірований кадастр комунікативного розвитку, переглянутий (SICD-R)<br>Доклінічна оцінка передумов мовного розвитку (PRE-CELF)<br>Шкала мовного розвитку для дошкільного віку (PLS)<br>Шкала Рейнела для оцінювання мовного розвитку (RDLS) |
| Адаптивна поведінка | Шкали VABS<br>Шкали самостійної поведінки, переглянуті (SIB-R) |
| Емоційний розвиток і соціальне функціонування | Опитувальник для визначення соціально-емоційного розвитку (ASQ: SE).<br>Соціально-емоційні шкали Вайнленд (VSES) |
| Моторний розвиток | Шкали моторного розвитку, друге видання (PDMS-2)<br>Тест розвитку зорово-моторної інтеграції Біри – Буктеніца |
| Сенсорний розвиток | Сенсорний профіль для дітей віком 3-10 років<br>Сенсорний профіль малюків<br>Аналіз сенсорної поведінки |

спільної діяльності та усунення негативного підкріплення шляхом ігнорування небажаних форм поведінки та реагування.

Вимоги до обсягу медико-соціальної реабілітації повинні визначатися:

- біологічним і психологічним віком дитини;
- тяжкістю розладу;
- ступенем когнітивної недостатності;
- наявністю і тяжкістю розладів рецептивної та експресивної мови;
- наявністю перцепторних розладів і аутостимуляцій;
- наявністю порушень активності та уваги.

Основними завданнями реабілітаційної програми для дітей з РЗР є:

- нав'язування дитині комунікації, зокрема полегшеної;
- усунення порушень перцепції;
- розвиток дрібної і крупної моторики;
- розвиток пізнавальних процесів;
- стимулювання розвитку емоційної когніції та соціальної перцепції;
- формування навичок соціального функціонування.

Стандартний обсяг медико-соціальної допомоги включає поетапне, а у разі потреби і комбіноване проведення декількох форм реабілітаційних тренінгів:

- тренінгу сенсорної стимуляції та інтеграції,
- спеціалізованого когнітивного тренінгу (розвитку загальної перцепції, наслідувальної діяльності, шкільних навичок),
- біхевіорального тренінгу з метою усунення небажаних форм поведінки,
- тренінгу соціального функціонування (розвитку соціальної перцепції, емоційної когніції, елементарних навичок соціального функціонування – прийому їжі, дотримання особистої гігієни, спілкування з однолітками, використання побутових приладів, поведінки в класі і т. ін.).

Форми проведення тренінгів можуть бути індивідуальними та груповими. Структура та зміст тренінгів мають залежати від сильних та проблемних особливостей дитини. Наприклад, у разі відсутності експресивної мови або на перших етапах її розвитку можна застосовувати елементи методик альтернативної комунікації (полегшену комунікацію, ярлики, піктограми). Вони не мають використовуватися тривалий час і не повинні перешкоджати формуванню активного словника. В інших випадках, коли у дитини віком до 6 років експресивна мова відсутня внаслідок тяжкого рецептивного розладу, спрощену комунікацію застосовувати не варто. Працювати потрібно над розвитком пасивного та активного словника. Якщо експресивна мова у такої дитини не буде сформована до 7 річного віку, формування альтернативної комунікації слід розглядати як провідне реабілітаційне завдання.

Інтенсивність реабілітаційної роботи для однієї дитини в середньому повинна складати не менше 20-30 годин на тиждень, оптимальна інтенсивність – 40-50 годин. Саме у такому разі, за умови правильного підбору змісту реабілітаційної програми, ефективність інтервенцій буде найвищою і достатньою для повного втілення можливостей дитини до навчання і розвитку. При виконанні ІРП розподіл обсягу реабілітаційної роботи (участь фахівців різного рівня підготовки і частка батьків) має враховувати вік дитини та рівень її когнітивного функціонування. При проведенні медико-соціальної реабілітації дітей з РЗР батьки повинні давати інформовану згоду на застосування ІРП.

## Програми медико-соціальної реабілітації, рекомендовані до застосування у дітей із РЗР

### *Сенсорна інтеграція і стимуляція*

Сенсорна стимуляція і інтеграція забезпечуються шляхом проведення спеціальних секвенцій стимуляції – комплексу вправ, спрямованих на подолання порушень сенсорного сприйняття і зменшення аутостимуляцій.

Сенсорні секвенції плануються за результатами сенсорної діагностики індивідуально для кожної дитини. Секвенції включають вправи для стимуляції всіх основних видів сприйняття:

- тактильного (стимуляція кистей рук, стоп, обличчя і ротової порожнини, поверхні тіла);

- зорового (вправи у затемненій кімнаті, стимуляція зору за допомогою яскравих предметів);
- нюхового (стимуляція різкими і слабкими подразниками залежно від виду порушення чутливості: гіпо- або гіперчутливості);
- вестибулярного (повороти, перекиди, стрибки на пружинячій поверхні);
- смакового (презентація смакових подразників); пропріочутливості (стимуляція глибокого суглобового відчуття).

Особливе значення має стимуляція слуху через поширеність у дітей із РЗР «тинітусів» – вушних шумів або підвищеної слухової чутливості на окремі види подразників.

Секвенції рекомендується проводити 2-3 рази на день, когорту стимуляції слід переглядати щомісяця, ускладнюючи вправи, вводячи нові види подразників. При отриманні певних успіхів: досягненні можливості фіксації уваги, утриманні її протягом 5 хвилин і виконанні простих інструкцій в секвенцію потрібно додатково вводити елементи когнітивного тренінгу (інформаційні біти, вправи на крупну моторику, зорово-моторну координацію, наслідування).

### *Поведінкова терапія за програмою ABA*

Завдання даного методу подвійне: сформувати у дитини бажання вчитися і допомогти їй зрозуміти, що навчання можливе. Ця методика передбачає індивідуальні заняття з медичним психологом або корекційним педагогом із послідовною поведінковою перспективою кондиціонування. Класична модель «стимул – реакція – результат» передбачає розбиття необхідного навику на невеликі послідовні етапи. Кожен з цих етапів має бути засвоєний до того, як буде введений наступний. Для досягнення бажаної поведінки використовуються підказки і стимули (як позитивні, так і негативні). Цей вид інтервенції є ефективним у разі його застосування в інтенсивній формі (20-40 годин на тиждень).

### *Поведінкова терапія за програмою TEACCH*

Концепція програми полягає у розробці спеціальної навчальної програми, сфокусованої на формуванні у дітей з РЗР навичок і вмінь у провідних психічних сферах: наслідуванні, сприйнятті, крупній моториці, дрібній моториці, зорово-руховій співдружності, пізнавальній діяльності, мовленні, самообслуговуванні, соціальних стосунках.

Програма передбачає попереднє оцінювання психічного стану дитини за допомогою PEP-R і застосування тренінгових вправ із урахуванням зон найближчого розвитку за окремими сферами психічного функціонування.

Ступінь складності завдання визначається віком, якому відповідає рівень розвитку даної психічної функції:

- перший рівень містить завдання для дітей, індивідуальний показник розвитку психічної функції яких відповідає віку від 0 до 2 років;
- другий рівень – від 2 до 4 років,
- третій – від 4 до 6 років.

TEACCH дозволяє підібрати реабілітаційні вправи для кожної дитини таким чином, аби при формуванні та розвитку у неї певної навички пред'являлися вимоги до здібностей в інших сферах психічної діяльності (наприклад, вправа на сортування має також сприяти розвитку координації рухів).

Для виконання вправ можуть використовуватися звичайні матеріали – предмети які зазвичай завжди є вдома чи у школі. Це допомагає одночасно вирішувати два завдання:

**Таблиця 5. Зміст реабілітаційної роботи з дітьми з РЗР віком 2-5 років**

| Реабілітаційна методика | Цілі реабілітаційної роботи |
|---|---|
| ***Сенсорна стимуляція та інтеграція*** | Покращення сприйняття дитиною сенсорної інформації<br>Зменшення кількості аутостимуляцій<br>Поліпшення здатності концентрувати увагу на відповідних подразниках |
| ***Поведінкові методики***<br>ABA<br>FBA<br>TEACCH | Корекція порушень поведінки<br>Засвоєння навичок охайності<br>Зменшення кількості агресивних і аутоагрессивних форм поведінки<br>Опрацювання елементів комунікації<br>Розвиток ігрових навичок |
| ***Тренінги мови і комунікації***<br>Бітова система розвитку рецептивної мови<br>Розвиток рецептивної мови за допомогою роботи з предметами<br>Введення елементів полегшеної комунікації<br>Робота з ярликами<br>Робота з піктограмами | Розвиток розуміння мови<br>Стимуляція використання/встановлення експресивної мови:<br>• як засобу задоволення своїх потреб<br>• як засобу коментування дій |

- легко переносити засвоєні вміння в нове місце (з дому до школи, і навпаки);
- забезпечувати низьку вартість витратного та стимульного матеріалу.

### *Метод спрощеної чи альтернативної комунікації*

Спрощена комунікація — це стратегія немовної комунікації, при якій використовуються жести, планшети, картки, сучасні технічні засоби, наприклад комп'ютер. Метод спрощеної комунікації має застосовуватися для спілкування в ситуації відсутності у дітей з РЗР усної та письмової мови. Необхідно прагнути до обмеженого у часі використання спрощеної комунікації, використовувати її не як методику альтернативної комунікації, а як інструмент для розвитку, насамперед, рецептивного, а потім і експресивного мовлення.

### *Тренінг емоційної когніції і соціальної перцепції*

Програма складається з трьох частин: тренінгу ігрової діяльності; тренінгу, що сприятиме розумінню емоцій та їхніх передумов, та тренінгу адекватних соціальних комунікацій. Кожна частина тренінгу може бути умовно розподілена на етапи, які включають перелік вправ і підбору стимульного матеріалу.

Тренінг формування розуміння емоцій передбачає 4 етапи:

- перший етап є підготовчим: дитина повинна навчитися впізнавати і називати основні емоції (радість, смуток, страх, гнів) на фотокартках і піктограмах;
- на другому етапі дітям пропонуються схематично зображені життєві ситуації, які викликають у їх героїв різні емоції і дитина повинна засвоїти, яка емоція супроводжує ту чи іншу ситуацією;
- на третьому етапі формується розуміння емоцій, зумовлених бажаннями дитини;
- на четвертому етапі у дітей формують розуміння емоцій, зумовлених думкою.

Тренінг адекватних соціальних комунікацій передбачає 3 етапи:

- на першому етапі дитина повинна відпрацювати шаблони соціальної поведінки в стандартних ситуаціях (звернення до вчителя, звернення до іншої дитини, ситуації прохання, знайомства, обміну);

**Таблиця 6. Зміст реабілітаційної роботи з дітьми з РЗР віком 6-9 років**

| Реабілітаційна методика | Цілі реабілітаційної роботи |
|---|---|
| ***Сенсорна стимуляція та інтеграція*** | Покращення сприйняття дитиною сенсорної інформації<br>Зменшення кількості аутостимуляцій<br>Поліпшення здатності концентрувати увагу на відповідних подразниках |
| ***Поведінкові методики***<br>ABA<br>FBA<br>TEACCH | Зменшення кількості агресивних і аутоагресивних форм поведінки<br>Напрацювання елементів комунікаційних навичок<br>Розвиток ігрових навичок<br>Створення мотивацій II рівня |
| ***Тренінги мови і комунікації***<br>Бітова система розвитку рецептивної мови<br>Розвиток рецептивної мови за допомогою роботи з предметами<br>Введення елементів полегшеної комунікації<br>Робота з ярликами<br>Робота з піктограмами | Поліпшення здатності використання експресивної мови:<br>• розширення активного словникового запасу, правильна побудова речень<br>• розвиток/встановлення навичок комунікації у парі |

- на другому етапі дитина має навчитися формувати складніші моделі адаптивної поведінки, що включають послідовне використання декількох шаблонів;
- на третьому етапі працюють над формуванням вміння модифікувати шаблони поведінки з урахуванням специфіки соціальної ситуації, демонструвати гнучкість поведінки.

## Особливості медико-соціальної реабілітації дітей різного віку

### *Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей віком від 2 до 5 років*

Основою реабілітаційної роботи є використання когнітивно-поведінкових методик (табл. 5).

Рекомендований обсяг медико-соціальних інтервенцій для дітей з РЗР віком 2-5 років має становити 30-40 годин на тиждень. Медико-соціальна реабілітація повинна проводитися в установах, підпорядкованих МОЗ.

### *Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей віком від 6 до 9 років*

Основою реабілітаційної роботи є використання засобів корекційної педагогіки і поведінкової психотерапії для усунення тяжких форм поведінки (табл. 6).

Робота в реабілітаційних центрах має бути побудована за принципом мультидисциплінарних команд на чолі з корекційним педагогом за участю дитячого психіатра. Рекомендований обсяг медико-соціальних інтервенцій для дітей з РЗР віком 6-9 років становить 40-50 годин на тиждень.

### *Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей віком від 10 до 14 років*

Основною метою реабілітаційної роботи для вказаної вікової групи є максимальна адаптація дитини в соціальне середовище, що досягається використанням навчальних методик і поведінкової терапії (табл. 7).

Робота в реабілітаційних центрах має бути побудована за принципом мультидисциплінарних команд на чолі з корекційним педагогом. Рекомендований обсяг медико-соціальних інтервенцій становить 40-50 годин на тиждень.

**Таблиця 7. Зміст реабілітаційної роботи з дітьми з РЗР віком 10-14 років**

| Реабілітаційна методика | Цілі реабілітаційної роботи |
|---|---|
| ***Сенсорна стимуляція та інтеграція*** | Поліпшення здатності концентрації уваги на відповідних подразниках |
| ***Поведінкові методики***<br>ABA<br>FBA<br>TEACCH | Зменшення кількості агресивних і аутоагресивних форм поведінки<br>Розвиток ігрових навичок<br>Створення мотивації II рівня |
| ***Тренінги мови і комунікації***<br>Тренінги комунікації у групі<br>Використання полегшеної комунікації, ярликів і піктограм як альтернативного методу комунікації | Поліпшення можливості використання експресивної мови:<br>• правильна побудова речень<br>• формування діалогової мови<br>Розвиток/встановлення навичок комунікації за допомогою методик полегшеної комунікації |

Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей віком від 15 до 18 років При плануванні реабілітаційної роботи метою є досягнення максимальної соціальної адаптації дитини з РЗР (табл. 8). Основним є використання тренінгів соціальної компетентності, елементів корекційно-педагогічних методик і поведінкової терапії.

Рекомендований обсяг медико-соціальних інтервенцій для дітей з РЗР віком 15-18 років становить 30-40 годин на тиждень.

## Медикаментозне лікування

Нейробіологічні механізми РЗР досліджені недостатньо. Патогенетичне медикаментозне лікування відсутнє. Попри те що медикаментозна терапія є симптоматичною, її застосування доцільне у переважної більшості дітей.

### *Застосування нейротропних та соматотропних препаратів*

РЗР мають високу коморбідність з епілепсіями та розладами шлунково-кишкового тракту. Коморбідність між аутизмом та епілепсіями за результатами різних досліджень коливається від 18 до 25%. За наявності у дитини з РЗР епілепсії рекомендоване призначення протиепілептичних препаратів. За наявності коморбідних органних розладів, насамперед розладів шлунково-кишкового тракту, мають застосовуватися соматотропні засоби: протигрибкові, ферментативні препарати. Коморбідні розлади впливають на перебіг РЗР. Застосування протиепілептичних та протигрибкових препаратів окрім контролю над епілептичними припадками та нормалізації функції травлення може приводити до покращення показників загального розвитку дитини з РЗР.

Подекуди для лікування наслідків перинатального гіпоксично-ішемічного ураження мозку у дітей з РЗР застосовують ноотропні, вазоактивні та нейрометаболічні засоби. Ці препарати не мають жодних наукових доказів своєї ефективності при РЗР і не рекомендовані до застосування цим клінічним протоколом.

### *Психофармакотерапія*

Психотропні засоби можуть призначатися для усунення чи пом'якшення симптомів РЗР: стереотипних рухів, надвартісних інтересів, агресії (аутоагресії), порушень харчової поведінки та для лікування коморбідних психічних розладів: уваги та активності, тривожно-фобічних, депресивних, маніакальних, порушень сну. Усунення цих симптомів збільшує здатність дитини з РЗР брати участь в освітньому процесі і соціальних

**Таблиця 8. Зміст реабілітаційної роботи з дітьми із РЗР віком 15-18 років**

| Реабілітаційна методика | Цілі реабілітаційної роботи |
|---|---|
| ***Поведінкові методики***<br>ABA<br>FBA<br>TEACCH | Зменшення кількості агресивних і аутоагресивних форм поведінки<br>Створення мотивації II рівня |
| ***Тренінги мови і комунікації***<br>Тренінги комунікації у груп<br>Використання полегшеної комунікації, ярликів і піктограм<br>як альтернативного методу комунікації | Покращання можливості використання експресивної мови:<br>• розвиток діалогової мови<br>• формування можливостей розповіді, переказу<br>Використання і удосконалення навичок комунікації за допомогою методик полегшеної комунікації |
| ***Тренінги соціального функціонування*** | Засвоєння складних навичок соціального функціонування |

програмах. Таким чином, медикаментозне лікування РЗР при аутизмі має на меті також підвищення ефективності медико-соціальної реабілітації.

Деякі ознаки РЗР добре відповідають на призначення психотропних засобів, тоді як інші вимагають обов'язкового додаткового застосування поведінкової терапії.

У таблиці 9 містяться дані про науково доведені показання до застосування різних медикаментозних засобів у дітей з РЗР, а також додається перелік симптомів РЗР і спектр можливих препаратів, якими їх можна лікувати.

Рівень доказовості використання більшості препаратів у дітей із РЗР дуже обмежений. Переважають вибіркові відкриті контрольовані дослідження. Більшість препаратів, що могли б бути ефективними при РЗР, не зареєстровані для використання у дітей віком молодше 12-14 років.

Найвищий рівень доказовості та спектр показань до застосування при симптомах РЗР має рисперидон[1]. Доведена ефективність рисперидону при агресивній (аутоагресивній) поведінці, порушеннях реципрокної соціальної взаємодії (стереотипному, ехолалічному, ідеосинкратичному мовленні; соціальній відчуженості, порушеннях емоційної реципрокності, дезадаптивності), обмеженій стереотипній діяльності та інтересах (табл. 9).

Дітям віком до 6 років протоколом рекомендоване призначення препарату у формі розчину в дозі 0,5-1,5 мг, після 6 років – 1,0-2,5 мг/добу. До 6 років добову дозу треба розподіляти на 4-6 прийомів, дітям старше 6 років – на 3 прийоми.

При дефіциті уваги з гіперактивністю протоколом також рекомендоване застосування метилфенідату[2] та атомоксетину[3]. Дефіцит уваги, імпульсивність і гіперактивність є досить поширеними симптомами при РЗР. Порушення уваги виявляються або в занадто вузькій спрямованості, або у занадто великій розосередженості, що робить неможливим її швидку переорієнтацію. Порушення комунікації при дитячому аутизмі так чи інакше пов'язані зі складністю швидкого переключення уваги дитини: в одних випадках, через складність при спробі відвернути його від специфічних предметів, дрібних деталей або видів діяльності, в інших внаслідок надмірної незосередженості та неможливості ігнорувати відволікаючі подразники при сприйнятті корисної інформації. Надмірне фокусування уваги дитини на окремих стимули або їх складових частинах може також лежати в основі стереотипних маніпуляцій предметами чи незвичайного поводження з об'єктами,

[1] Єдиним препаратом, який зареєстровано для лікування РСА у дітей в Україні на початок 2009 року, залишається рисперидон у формі перорального розчину.
[2] Єдиним препаратом метилфенідату, зареєстрованим в Україні, є концерта – капсули пролонгованої дії.
[3] Єдиним препаратом атомоксетину, зареєстрованим в Україні, є стратера.

**Таблиця 9. Показання до застосування різних медикаментозних засобів у дітей із РЗР**

| Препарати | Базові психічні порушення та асоційовані розлади поведінки | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | порушення реципрокної соціальної взаємодії | | | | | порушення комунікації та гри | | | обмежена, стереотипна діяльність та надвартісні інтереси | | | |
| | недостатність (відсутність) вербальної комунікації | | незацікавленість у соціальній взаємодії | дезадаптивна поведінка | гіперактивність, неуважність, імпульсивність | недостатність розуміння мови та жестів | агресія/аутоагресія | тривога | надвартісні дезадаптивні інтереси | обсесивно-компульсивна поведінка та ритуали | моторні (рухові) стереотипії (аутостимуляції) | порушення сну |
| Рисперидон | X | X | | X | | | X | | X | X | X | X |
| Оланзапін* | | | | | | | X | | | | | X |
| Кветіапін* | | | | | | | X | | | | | X |
| Флувоксамін* | | | | | | | | X | | X | | |
| Флуоксетин | | | | | | | | X | X | | | |
| Есциталопрам | | | X | | | X | | X | | | X | |
| Метилфенідат | | | | | X | X | | | | | X | |
| Атомоксетин | X | X | X | X | X | | | | | | X | |
| Солі вальпроєвої кислоти | | | | | | | | | X | X | | X |
| Гуанфацин | | X | | | X | | | | | | X | |
| Амантадин | | | | X | | | | | | | X | |

Примітка: * – препарати зареєстровані до застосування з 14-річного віку.

а неспроможність налаштуватися на ключові стимули, ігноруючи дискретні деталі, може лежати в основі неможливості розуміти почуття та настрій інших людей.

Доведена ефективність атомоксетину при порушеннях реципрокної соціальної взаємодії (стереотипному, ехолалічному, ідеосинкратичному мовленні; соціальній відчуженості, порушеннях емоційної реципрокності, дезадаптивності), метилфенідату – порушеннях комунікації та уявної гри з однолітками, обмеженій стереотипній діяльності та інтересах (табл. 9).

Призначати метилфенідат та атомоксетин потрібно обережно, оскільки діти з РЗР інколи реагують на ці препарати моторною розгальмованістю та посиленням стереотипій.

Ефективна терапевтична доза метилфенідату в дошкільному віці становить 0,25-0,7 мг/кг на добу, у шкільному – 0,5-2 мг/кг на добу. Для дітей від 6 років рекомендована разова доза – 0,3-0,7 мг/кг; добова – 0,5-2,0 мг/кг; максимальна – 60 мг/добу. Рекомендована стартова доза препарату дорівнює 5 мг/добу. Метилфенідат має призначатися один або два рази на день (вранці та в обідній час). Збільшувати дозу потрібно на 5-10 мг на тиждень до досягнення бажаного клінічного ефекту чи доведення її до гранично припустимої дози (поява неприйнятних побічних ефектів). При призначенні дози до 1 мг/кг на добу побічні явища розвиваються дуже рідко. У разі відсутності значимих побічних ефектів дозу метилфенідату підвищують до 1,5 мг/кг на добу.

Єдиним внесеним до Державного реєстру лікарських засобів психостимулятором є метилфенідат пролонгованої дії з повільним вивільненням речовини (концерта). При застосуванні метилфенідату у формі сповільненого вивільнення (концерта) стартова доза становить 18 мг. При недостатньому клінічному ефекті кожні 7 днів дозу покроково збільшують до 27, 36, 54 мг/добу.

Титрування дози метилфенідату проводиться 3-4 тижні, протягом яких приймається рішення про те, яка доза препарату є оптимальною для дитини. Увесь цей час дитина має мати традиційні розклад дня та обсяги академічних навантажень.

Атомоксетин випускається у капсулах по 10, 18, 25, 40 і 60 мг. Лікування починають з дози 0,5 мг/кг на добу, яку призначають на один або два прийоми (вранці перед виходом до школи і вдруге – близько 16:00-18:00). Через 4 дні дозу збільшують до 1 мг/кг і ще через 4 дні – до 1,2 мг/кг на добу, але не більше 100 мг/добу. Підвищувати дозу можна і щотижнево. При частковому ефекті за 6 тижнів терапії дозу можна довести до максимальної рекомендованої – 1,8 мг/кг. Звичайно пропонується одноразовий прийом. Двічі на день препарат призначається у випадках, коли це дозволяє зменшити побічні ефекти та покращити переносимість лікування.

При тривозі, агресії (аутоагресії) та стереотипних формах поведінки при РЗР протоколом рекомендовані флуоксетин і есциталопрам (антидепресанти з групи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну). Встановлено також позитивний вплив при РЗР флуоксетину на компульсії, есциталопраму – порушення емоційної реципрокності (табл. 9).

При розладах сну цим клінічним протоколом рекомендоване застосування мелатоніну.

Декілька вибіркових відкритих контрольованих досліджень свідчать, що мемантин може бути ефективним при інфантильних деменціях із перцепторними розладами у дітей із РЗР. Триває плацебо-контрольоване дослідження ефективності мемантину (блокаторів NMDA-рецепторів) при РЗР. На даний час препарат не зареєстрований для застосування у дітей і його використання не підтримується цим клінічним протоколом.

Методики терапії РЗР високими дозами вітамінів, секретином, амінокислотами, хеляція (виведення важких металів), мануальна терапія не мають наукових доказів ефективності при РСА і не рекомендовані цим клінічним протоколом.

## Характеристика кінцевого очікуваного результату лікування

### *Першочергові результати, які мають бути досягнені протягом перших трьох місяців лікування*

Нормалізація поведінки (встановлення зорового контакту, нав'язування комунікації, усунення/зменшення гіперактивності, імпульсивності, рухових стереотипній, опозиційних та агресивних форм поведінки).

### *Результати, які мають бути досягнені протягом перших шести місяців лікування*

Відновлення розвитку в проблемних сферах: усунення/зменшення порушень перцепції, розуміння мови, наслідування. Усунення/пом'якшення коморбідних тривожно-фобічних, афективних психічних розладів

### *Середньотермінові результати лікування*

Інтеграція до шкільного закладу, формування шкільних навичок, розвиток мови, як засобу комунікації відповідно віку, формування ігрових форм комунікації, відновлення шкільної та родинної адаптації.

**Таблиця 10. Показники (індикатори якості) для моніторингу дотримання правових процедур при наданні медичної допомоги дітям із РЗР**

| Показник (індикатор якості) | Стандарт якості |
|---|---|
| Самостійність прийняття законними представниками дитини рішення про надання психіатричної допомоги | Перед наданням спеціалізованої психіатричної допомоги законні представники дитини мають надати інформовану згоду на обстеження дитини, а у разі необхідності – на її госпіталізацію та лікування<br>Із законними представниками дитини має бути погоджено: план обстеження, план лікування, умови та тривалість госпіталізації дитини, порядок диспансерного обліку<br>Інформована згода має бути отримана на застосування медикаментів за показаннями, або в дозах, що не передбачені інструкціями |
| Кожна дитина з РЗР має отримувати допомогу в умовах із найменш обмеженим режимом | Обстеження дитини із затримкою психомоторного розвитку або РЗР, як правило, проводиться в амбулаторних умовах Дитина з РЗР без тяжкої гіперкінетичної симптоматики, ознак помірної, тяжкої та глибокої розумової відсталості повинна мати можливість відвідувати загальноосвітні дошкільні та шкільні навчальні заклади за містом постійного мешкання |
| Кожна дитина з РЗР повинна мати доступ до базових медичних послуг | Дитина із затримкою психомоторного розвитку або РЗР повинна мати можливість отримати загальномедичну допомогу на загальних підставах |
| Кожна дитина з порушеннями психомоторного розвитку або РЗР повинна мати доступ до спеціалізованих медичних та освітніх послуг | Служби охорони психічного здоров'я повинні проводити організацію територіальної медичної допомоги, демаркацію районів чи дільниць таким чином, щоб діти з РЗР мали доступ до:<br>• амбулаторної спеціалізованої психіатричної допомоги;<br>• стаціонарної психіатричної допомоги;<br>• медичної реабілітації за програмами раннього втручання чи КПТ |
| Кожна дитина з порушеннями психомоторного розвитку або РЗР повинна мати доступ до спеціалізованих медичних та освітніх послуг | • програм інтенсивної педагогічної корекції для дітей зі специфічними затримками формування шкільних навичок та легкою розумовою відсталістю;<br>• програм спеціальної освіти для дітей з помірною та тяжкою розумовою відсталістю<br>Служби охорони здоров'я мають докладати зусиль для уникнення дискримінації будь-яких прошарків населення щодо доступності всіх наведених форм допомоги |
| Кожна дитина з РЗР має право вчасно отримати передбачену законодавством соціальну допомогу | Служби охорони психічного здоров'я повинні вживати всебічні заходи для усунення перешкод для вчасного (до досягнення дитиною 4 річного віку) скерування дітей із РЗР на МСЕК для призначення соціальної допомоги за дитячою інвалідністю<br>Обстеження, необхідні для підготовки відповідних документів, мають проводитися переважно в амбулаторних умовах |

### *Віддалені результати лікування*

Усунення академічних проблем, специфічних розладів розвитку шкільних навичок та мови, дефіциту емоційної когніції та соціальної перцепції, коморбідних психічних розладів, досягнення стану психологічного благополуччя.

## Критерії та стандарти якості лікування

1. Дотримання правових процедур при наданні медичної допомоги, запобігання дискримінації хворих дітей та членів їх родини, організація безпечної допомоги у максимально нестигматизуючих умовах, забезпечення права батьків на конфіденційність медичної інформації, задоволеність родин пацієнтів (табл. 10).

**Таблиця 11. Показники (індикатори якості) для моніторингу доступності, ефективності, науково-технічного рівня медичної допомоги та реабілітації**

| Показник (індикатор якості) | Стандарт якості |
|---|---|
| 1 | 2 |
| Кожній дитині з РЗР має бути встановлений діагноз, і вона має бути включена до групи специфічного ризику у віці від 1,5 до 3 років | Лікарі-педіатри, дитячі неврологи повинні докладати зусиль для раннього виявлення особливостей психомоторного розвитку, властивих РЗР<br>Служби охорони психічного здоров'я мають вживати всебічні заходи для того, щоб дитячий лікар-психіатр провів обстеження цих дітей у віці від 1,5 до 3 років із застосуванням спеціальних скринінгових інструментаріїв і визначив необхідність, обсяги та форму проведення цілеспрямованої профілактики в групах специфічного ризику. Для діагностики синдрому Аспергера своєчасним слід вважати вік 10-11 років |
| Кожна дитина з РЗР віком до 3 років повинна отримувати якісну спеціалізовану психіатричну допомогу (специфічну профілактику) | Служби охорони психічного здоров'я мають забезпечити доступність для дітей з ознаками РЗР програм раннього втручання (ранньої цілеспрямованої профілактики в групах специфічного ризику). Основою раннього втручання мають бути:<br>• психоосвітня робота з батьками;<br>• сенсорна інтеграція, спрямована на усунення перцепторних розладів;<br>• тренінги, спрямовані на розвиток рецептивної мови, наслідування, моторики |
| Кожна дитина з підозрою на РЗР має бути обстежена за допомогою загальновизнаних стандартних діагностичних скринінгових процедур | Для попередньої діагностики РЗР у первинній ланці медичної допомоги мають застосовуватися CHAT чи M-CHAT<br>Для остаточної діагностики РЗР на етапі спеціалізованої дитячої психіатричної допомоги допомоги має застосовуватися ADI-R |
| Для кожної дитини з діагностованим РЗР має бути розроблена індивідуальна програма реабілітації, що опирається на встановлені за допомогою загальновизнаних методів обстеження сильні та найбільш проблемні сфери психічного функціонування<br>У кожної дитини обов'язково мають бути встановлені особливості перцепції, вік, якому відповідає розвиток наслідування, пізнавальних функцій, наявність порушень рецептивної та експресивної мови, рівень соціальної адаптації | Для періодичного контролю психічного стану дітей із РЗР з метою визначення ефективності інтервенцій служби охорони психічного здоров'я мають застосовуватися CARS та PEP-R<br>PEP-R дає можливість описання та розуміння проблем, типових для дітей з РЗР які виникають в процесі навчання, і визначати структуру та обсяг оптимальних корекційних впливів для 7 базових сфер розвитку:<br>• наслідування;<br>• перцепції;<br>• дрібної моторики;<br>• крупної моторики;<br>• зорово-моторної координації;<br>• пізнавальних функцій;<br>• комунікації та експресивної мови |
| Відсоток дітей із РЗР, які у віці до 7 років почали відвідувати загальноосвітні логопедичні заклади | Служби охорони психічного здоров'я при наданні медичної допомоги дітям із РЗР у дошкільному віці мають бути скеровані на першочергове усунення перцепторних та гіперкінетичних розладів, що становлять основу поведінкових порушень, формування навичок охайності та самообслуговування, або зумовлюють неможливість адаптації дитини в дошкільному закладі<br>Відвідування дитиною загальноосвітнього чи логопедичного дошкільного закладу свідчить про ефективність терапії на попередньому етапі та створює сприятливі умови для подальшої реабілітації |

| 1 | 2 |
|---|---|
| Відсоток дітей із РЗР, які були первинно діагностовані після 4 років | Служби охорони здоров'я мають вживати всебічні заходи для скорочення кількості випадків пізньої діагностики РЗР |
| Відсоток дітей із РЗР, які відвідують загальноосвітні заклади | Служби охорони психічного здоров'я при наданні медичної допомоги дітям із РЗР у шкільному віці мають бути скеровані на остаточне усунення розладів поведінки, розвитку експресивної мови, специфічних розладів шкільних навичок Відвідування дитиною загальноосвітнього шкільного закладу свідчить про ефективність терапії, створює сприятливі умови для її подальшої реабілітаці<br>Служби охорони психічного здоров'я мають співпрацювати з медико-педагогічними консультаціями, установами освіти всіх форм власності з метою організації умов для навчання дітей з особливими потребами (застосування інклюзивної освіти, інтеграційних форм навчання, класів інтенсивної педагогічної корекції) |
| Кожна дитина з діагностованим РЗР має отримати доступ до стандартизованих програм КПТ, послуг колекційного педагога | Служби охорони психічного здоров'я при наданні медичної допомоги дітям із РЗР мають дбати про забезпечення хворій дитині доступу до однієї з міжнародно визнаних стандартизованих програм КПТ: сенсорної інтеграції, TEACCH, модифікації поведінки (ABA, OT, IBI) |
| Жодна дитина з РЗР не повинна отримувати лікування, ефективність якого не доведено | Служби охорони психічного здоров'я при наданні медичної допомоги дітям із РЗР мають не допускати застосування методів лікування, ефективність та безпечність яких не доведені, а також препаратів, що не мають показань до застосування згідно з затвердженими МОЗ України інструкціями: антипсихотиків (окрім рисперидону та аріпіпразолу), нейрометаболічних препаратів, антидепресантів (окрім флуоксетину та сертраліну), антиконвульсантів (окрім солей вальпроєвої кислоти, топірамата, ламотриджина), методів демеркуризації (хелірування) |

2. Доступність, ефективність, науково-технічний рівень медичної допомоги, рівень якості диспансеризації, діагностики, лікування, обстеження, профілактики та реабілітації (табл. 11).

### *Вимоги до дієтичних призначень та обмежень*

Відомо, що психічний стан дитини з РЗР може залежати від особливостей харчування. Деякі діти з РЗР мають ригідні харчові уподобання, функціональні порушення системи травлення, алергію до окремих продуктів.

Немає наукових доказів ефективності безказеїнової та безглютенової дієти (так само, як і немає доказів виникнення симптомів аутизму внаслідок підвищеної проникності кишківника та алергічних реакцій на певні види їжі), є багато застережень щодо доцільності застосування такої жорсткої дієтотерапії. Використання спеціальних дієт не може розглядатися, як альтернативний метод лікування РЗР. Їх призначають у разі наявності відповідних показань і застосовують під спостереженням лікаря.

У таблиці 12 наведені дані про доцільність застосування дієт у дітей із РЗР.

Якщо у дітей з аутизмом є ознаки харчової алергії чи вони не переносять певного виду їжі, в такому разі їм показано визначити під наглядом алерголога/гастроентеролога, до яких саме продуктів у них є алергія, вилучити ці продукти з раціону та провести дієтотерапію.

**Таблиця 12. Рекомендації щодо застосуванню у дітей із РЗР спеціальних дієт**

| Назва дієти | Застосування доцільне (А) | Застосування недоцільне (Б) | Доцільність сумнівна (В) | Можливі показання до застосування |
|---|---|---|---|---|
| Протикандидозна | - | - | - | + |
| Фенілаланінова | - | + | - | - |
| Виключення глютену і казеїну | + | - | - | - |
| Виключення шоколаду | + | - | - | - |
| Виключення яєць | - | - | - | + |
| Виключення молочних продуктів | - | - | - | + |
| Виключення цукру | - | - | - | + |
| Виключення м'яса | - | - | + | - |
| Циркулярна | - | - | + | - |

Примітки: А – застосування доцільне у разі ефективності більш ніж у 15 % випадків; Б – застосування недоцільне у разі погіршення більш ніж у 4 % випадків; В – доцільність застосування сумнівна при співвідношенні випадків поліпшення до випадків погіршення менше 2/1.

## Вимоги до режиму навчання, відпочинку реабілітації

Залежно від рівня когнітивного функціонування дитини і наявності стійких поведінкових порушень, навчання слід проводити в установах, підпорядкованих відповідно Міністерству освіти або МОЗ.

Діти з IQ вище 70 повинні навчатися в загальноосвітній школі за програмою інтенсивної педагогічної корекції з додатковим обсягом освітніх послуг у спеціалізованих реабілітаційних центрах відповідно до ІРП.

Діти з IQ 35-70 мають навчатися за програмою допоміжної школи з додатковим об'ємом освітніх послуг у спеціалізованих реабілітаційних центрах відповідно до ІРП.

Діти з IQ нижче 35 повинні навчатися за індивідуальною програмою, направленою на формування навичок самообслуговування і доступних форм соціального функціонування у сім'ї. У випадку наявності стійких порушень поведінки діти мають навчатися в установах МОЗ, а за відсутності стійких порушень поведінки – в установах Міністерства науки та освіти.

Має бути обмежене застосування індивідуальної форми навчання та навчання на дому для даного контингенту дітей.

## Доказовість медичних технологій, викладених у протоколі

Рекомендації щодо терапії РЗР побудовані на принципах доказової медицини на основі:

- протоколів Американської академії дитячої та підліткової психіатрії (AACAP, 2007), Американської академії педіатрії (AAP, 2001);
- переліку препаратів, зареєстрованих в Україні до застосування у дітей.

Більшість досліджень були проспективними, відкритими або дослідженнями серії випадків, за винятком клінічних досліджень рисперидона (рисполепта). Рисполепт оцінювався у двох рандомізованих плацебо-контрольованих дослідженнях: RUPP (RIS-USA-150) та RUPP (RIS-CAN-23), а також у численних відкритих дослідженнях у дітей і підлітків з аутизмом.

**Издатель ООО «Медицинский журнал «Нейроньюс»**
04123, г. Киев, ул. Светлицкого, 35 а, 2-й этаж.
Тел./факс: (044) 391-31-40, 391-31-44.

Подписано в печать 29.01.2014

Печать – ООО «Издательский дом «Аванпост-Прим».
03035, г. Киев, ул. Сурикова, 3.

Тираж – 1500 экз.

Материалы с пометкой Ⓟ публикуются на правах рекламы. Пометка Ⓟ используется для публикаций рекламного характера, содержащих информацию о медицинских лабораториях, услугах медицинских клиник, медицинской аппаратуре, иных, в т. ч. лекарственных, средствах, которые не внесены в перечень запрещенных к рекламированию. Материалы с пометкой ⓘ содержат информацию о лекарственных средствах и предназначены для медицинских и фармацевтических работников. Правовой режим информации, изложенной в этом издании или предоставленной для распространения на специализированных мероприятиях по медицинской тематике, в первую очередь определяется Законом Украины от 04.04.1996 г. № 123/96-ВР «О лекарственных средствах». Ответственность за содержание рекламных и информационных материалов несут лица, подавшие материалы для размещения в издании.