

DOI: <https://doi.org/10.51922/1818-426X.2023.1.139>*Н. К. Григорьева, С. Н. Шубина, Т. Н. Алыко*

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*Расстройства аутистического спектра (РАС) – это нарушения развития, которые могут вызвать широкий спектр проблем в социальном взаимодействии, общении и поведении. Высокая распространенность во всем мире данных расстройств, «маскированность», сложность диагностики, неоднозначность причин, вызывающих данные нарушения развития, отсутствие возможности оказания эффективной медицинской помощи, рост инвалидности детского населения вызывают необходимость их комплексной и своевременной оценки.*

*Целью работы является обсуждение необходимости разработки эффективных скрининговых методик выявления расстройств аутистического спектра, внедрения программ помощи детям с данной патологией и их родителям, что является основой эффективной реабилитации и улучшения прогноза социализации при данных нозологиях. Авторами описывается 1 клинический случай пациента с расстройством аутистического спектра, демонстрирующий исключительную важность интегративной оценки данных расстройств в детской психиатрии.*

**Ключевые слова:** *расстройства аутистического спектра, детская психиатрия, врач-психиатр.*

*N. K. Hryhoreva, S. N. Shubina, T. N. Alyko*

## COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN CHILD PSYCHIATRY (WITH THE DESCRIPTION OF 1 CLINICAL CASE)

*Autism Spectrum Disorders (ASDs) are developmental disorders that can cause a wide range of problems in social interaction, communication, and behavior. The high prevalence of these disorders worldwide, “masking”, the complexity of diagnosis, the ambiguity of the causes of these developmental disorders, the lack of the possibility of providing effective medical care, the growth of disability in the child population necessitate their comprehensive and timely assessment.*

*The aim of the work is to discuss the need to develop effective screening methods for identifying autism spectrum disorders, implementing programs to help children with this pathology and their parents, which is the basis for effective rehabilitation and improving the prognosis of socialization in these nosologies. The authors describe 1 clinical case of a patient with an autism spectrum disorder, demonstrating the exceptional importance of an integrative assessment of these disorders in child psychiatry.*

**Key words:** *autism spectrum disorders, child psychiatry, psychiatrist.*

Оценка расстройств аутистического спектра (РАС) в детском возрасте имеет два важных аспекта: выявление риска (в возрасте до 36 месяцев)

и определение диагноза, учитывающего его основные особенности, а также дополнительные неспецифические аспекты [1]. Цель данной статьи – обсужде-

ние необходимости комплексной оценки РАС, что будет являться основой эффективной реабилитации и улучшения прогноза социализации при данных нозологиях.

Согласно DSM-5, расстройства аутистического спектра определяются как стойкий дефицит социального общения и социального взаимодействия в различных контекстах, включая социальное включение, невербальное коммуникативное поведение, используемое для социальных взаимодействий, дефицит в сюжетной игре и навыки в развитии, поддержании и понимании отношений [2]. В связи с этим неоспорим факт того, что раннее выявление РАС даст возможность эффективного профессионального вмешательства, позволяющего существенно минимизировать аутистические проявления в поведении ребенка [3, 4].

Следует отметить, что встречается достаточное количество случаев, когда диагноз детского аутизма выставляется ошибочно или достаточно поздно, что приводит к определению неправильного образовательного маршрута, неэффективности лечения, реабилитации и установлению инвалидности. Как показывают результаты наших наблюдений, наиболее тяжелые формы РАС возникают с рождения, однако родители обращаются за квалифицированной медицинской помощью чаще в возрасте 3 лет. В процессе взросления при проведении постоянных коррекционных мероприятий (посещение дошкольных и школьных учреждений, занятий с учителем-логопедом, согласованной работой врачей разных профилей) повышается успеваемость, сглаживаются речевые нарушения, расширяется кругозор таких детей и улучшается качество жизни.

### **Цель исследования**

Целью работы является обсуждение необходимости разработки эффективных диагностических методик выявления расстройств аутистического спектра, нуждаемости в комплексной оценке РАС и во внедрении программ помощи детям с данной патологией и их родителям, что является основой эффективной реабилитации и улучшения прогноза социализации при данных нозологиях.

### *Клиническое наблюдение*

Представляется разбор 1 клинического случая пациента с расстройством аутистического спектра, демонстрирующий исключительную важность интегративной оценки данных расстройств в детской психиатрии.

Пациент С., 27 лет, наблюдается амбулаторно у врача-психиатра по месту жительства.

### *Анамнез жизни*

Родился в полной семье: мать и отец – инженеры, взаимоотношения в семье хорошие. Наследственность психопатологически отягощена: известно, что бабушка по линии отца страдала аффективным расстройством, дедушка по линии матери отличался скрытностью, замкнутостью, неразговорчивостью.

### *Анамнез заболевания*

Родился от 2-й беременности, которая протекала с угрозой прерывания (1-я беременность – неразвивающаяся). Роды преждевременные, с безводным периодом 7 часов, путем кесарева сечения. Вес при рождении – 2900 гр., рост – 47 см. Раннее развитие: голову начал держать в 3 месяца, ползать – в 5 месяцев, сидеть – в 6 месяцев, хо-

дочь – в 1 год 5 месяцев; гуление появилось после года, лепет – к 2 годам. До 6 месяцев был беспокойным, плохо спал. В 6 месяцев не реагировал на голос матери, отмечался «скользящий» взгляд и безразличие к звукам. Чрезмерная заторможенность сменялась двигательной активностью. Выявлялись особенности раннего психомоторного развития: не принимал удобную позу, когда его брали на руки, отсутствовало встречное движение при этом. Отказывался сосать грудь, однако сцеженное молоко принимал охотно. В 2–3 месяца отсутствовала улыбка при виде человеческого лица. В возрасте 5–6 месяцев отсутствовала эмоциональная реакция на радость, удивление и недовольство; не проявлял интереса к игрушкам. С 1-ых дней жизни не вовлекался во взаимодействие со взрослыми, не устанавливался тактильный, зрительный, слуховой контакты. На 1-ом году жизни не требовал к себе внимания, мог лежать в кроватке и не реагировать на уход матери. К 1,5 годам не использовал указательный жест, не умел пить из чашки (только из ложки); не переносил шум бытовых приборов, боялся звуков, издаваемых животными. У родителей возникли подозрения, что ребенок имеет нарушения слуха и зрения. Плохо переносил гигиенические процедуры (стрижка ногтей, купание). С 2,5 лет начал обнюхивать новые игрушки. С 3 лет предпочитал играть с крышками, банками, пакетами. После 3 лет не расставался с мягким медведем, выстраивал игрушки в горизонтальный ряд, однообразно рассаживал «зверей» на диван, педантично отмечал место каждой игрушки и никому не разрешал нарушить заданный порядок. Сторонился

других детей на детской площадке, предпочитал играть один. Не воспринимал новые игрушки, проявлял эпизоды аутоагрессии при невыполнении своих желаний. При осмотре выявлялась аномалия походки с отсутствием опоры на всю стопу, неловкость и неуклюжесть (ходьба «на цыпочках»). Периодически совершал стереотипные движения руками и пальцами рук. Имели место двойственные проявления: не терпел постороннего шума, однако сам громко стучал. К 3 годам не умел собирать пирамидку с учетом величины колец. Выявлялось проходящее косоглазие, игра пальцами перед лицом, потряхивание кистями рук.

Психический статус в 3 года во время пребывания в психиатрическом стационаре. Эмоциональный контакт затруднен. На осмотр реагирует негативно, тревожно, в процессе общения успокаивается. На фоне выраженной эмоциональной лабильности вскакивает с места, бежит из угла в угол, руки сгибает в локтевых и плечевых суставах, потряхивает кистями рук, прыгает на месте, громко кричит. Услышав громкий звук в коридоре за дверью, закрывает пальцами рук уши. Регулирование поведения взрослыми затруднено. Внимание неустойчиво, быстро истощается, теряет интерес. Предметная деятельность находится на уровне простых манипуляций, чаще с помощью матери. Обращенную речь понимает и подкрепляет жестами. Затруднено понимание вопросных конструкций. Речевое развитие на уровне звукоподражаний и нескольких слов (мама, дай, утка, кис-кис).

Неоднократные попытки нахождения в детском саду оканчивались неудачами. Громко кричал, плакал, избегал

детей, держался обособленно. С учителем-логопедом начал заниматься с 3-летнего возраста. Сначала появились протестные реакции: убегал из-за стола, громко кричал, рвал пособия. Через 2 недели успокоился. При виде учителя-логопеда на слово «здравствуй» кивал головой и садился за стол. Выдерживал занятие длительностью 10 минут, затем требовал поощрение в виде конфеты. Из пищи любил пирожки, тушеный картофель с мясом. Из любимых занятий: замешивание теста для пирожков с матерью, обожал стереотипно переворачивать страницы книг. К вечеру становился возбужденным, повторял одни и те же звукоподражания, слова из мультфильмов («но-но-пого»). С течением времени становилась все более заметной зависимость от погоды: в пасмурную погоду был капризным, вялым, быстро уставал, капризничал.

В возрасте 4 лет увеличился запас слов, о себе говорил в третьем лице. С просьбами к родным не обращался. На вопросы отвечал эхололично, с помощью жестов. Продолжал бояться громких звуков. Улучшились движения, хотя все равно оставался неуклюжим и неловким. В играх не появлялись элементы сюжета. Игры оставались стереотипными, по-прежнему наблюдался однотипный порядок рассаживания игрушек на диване. Не дифференцировал одушевленные предметы от неодушевленных. Отсутствовал зрительный контакт «глаза в глаза». Отводил взгляд от собеседника либо сосредотачивался на какой-либо детали (очки, цепочка). Недостаточно реагировал на зрительные или слуховые раздражители (украшенную елку, телефонный звонок). Стремился к сохранению привычного постоянства

(не разрешал перемещать мебель, отвергал новую одежду). Сохранялись моторные автоматизмы: раскачивания, прыжки, потряхивания руками, многократные повторения отдельных слов и звукокомплексов. Бросалась в глаза слабость эмоциональных реакций к близким: в магазине мальчик мог уйти от матери, убежать на улицу и бесцельно бродить. Не терпел проявление родительской ласки: при попытке его обнять или погладить по голове отбрасывал руки родителей и сердился.

К 5 годам научился собирать пирамидку, усвоил основные цвета, появились понятия «большой-маленький», «один-много», увеличился пассивный запас слов. Медикаментозное лечение: трифтазин, тизерцин на ночь, ноотропы.

В данном возрасте был выставлен диагноз: F84.0 Детский аутизм (синдром Каннера). F71.0 Умеренная умственная отсталость (IQ 45).

К 6 годам перестал бояться детей, смотрел на их игры из-за угла, но сам участия не принимал. Увеличился запас слов, стал обращаться к родителям с просьбами. Фраза односложная. В речи больше употреблял имена существительные, иногда объяснялся жестами, эхололично повторял слова и их окончания. Зажимал уши при детском крике. Походка оставалась неловкой, неуклюжей, вместе с мамой стал рассматривать развивающие игры с картинками, буквами, цифрами. Принимал дополнительное лечение: кавинтон, актовегин, эмоксипин, церебролизин, ноотропил, кортексин на фоне приема трифтазина.

В 8 лет поступил во вспомогательную школу, выучил буквы и цифры, испытывал трудности при слиянии слогов. В школе высиживал 25 минут занятий.

Поведение менялось в течение дня, утром оставался спокойным, вечером превалировало возбуждение. Бегал из угла в угол, гримасничал, производил вычурные движения руками, размахивал ими, как крыльями, пытаясь взлететь, производил «червеобразные» движения пальцами рук, произносил слова и фразы-штампы. Речь громкая, отрывистая, при обращении к нему ничего не слышит, но непрерывно говорит сам с собой, назойливо трясет руками, ходит кругами. Начал много есть, особенно любил пиццу. Периодически нарушался сон (вечером поздно засыпал). При назначении финлепсина 100 мг улучшился сон.

К 10 годам движения стали быстрыми, неуклюжими, стал повышенного питания, начал много говорить про еду, особенно про пиццу, которую готовил вместе с мамой. Речь очень громкая, на вопросы отвечает эхоталично, часто говорит о себе в третьем лице. Стереотипно трясет руками, ходит из угла в угол как «маятник». Во время беседы врача с родителями пациент непрерывно разговаривает сам с собой, не обращая внимания на просьбу отца говорить тише. Иногда подражает голосу директора школы, произносит несколько рекламных текстов. При чтении не задерживается на иллюстрациях, шумно переверачивает страницы журнала, разрывает их.

К 15 годам с улыбкой встречает врача, называет по имени и отчеству, при ответах на вопросы в глаза не смотрит. Речь громкая, отрывистая, подражает интонации директора. На вопрос о возрасте отвечает: «5, 10, 15». Научился читать самостоятельно, пересказывает прочитанный текст по вопросам. Счетные операции выполняет на конкретном материале (на пальцах). Врачи

обратили внимание на то, что несмотря на полноту и неуклюжесть, у него оставались сохранными тонкие движения пальцев рук. Помогая маме, мальчик аккуратно лепил пельмени и вареники, изготавливал из теста фигурки птиц и предметы обихода. Накрывая на стол, очень тонко подбирал цвета, на предложение вымыть руки и увидев мочалку, он громко начинал читать стихотворение К. Чуковского «Мойдодыр». На середине текста внезапно замолкал и переключался на стереотипные фразы: «буду бить печку, буду бить холодильник, буду бить стол». В комнате сохранялся тот же порядок в отношении игрушек и одежды. Сохранялся привычный порядок маршрута к троллейбусной остановке: ходил одной и той же дорогой, садился в троллейбус голубого цвета, в номере которого должна быть цифра «6». При попытке родителей зайти в троллейбус другого цвета: кричал, топал ногами, иногда убегал с остановки. В классе сидел только в правом ряду на 2-ой парте, желание учителя поменять положение заканчивалось скандалом. На перемене с детьми не играл, стоял в углу за шкафом, наблюдая за игрой, иногда присоединялся к бегу по кругу. В процессе занятий в школе и с учителем-логопедом сформировались обобщающие понятия. Классифицировал предметы, выделял четвертый лишний, решал задачи. Выполнение заданий сопровождалось потряхиванием руками, топаньем ногами и криками.

В возрасте 16 лет в период полового созревания стал возбужденным, онанировал, ссорился с родителями, проявлял агрессию. Периодически на фоне дистимического приступа усиливалось психомоторное возбуждение, появилось кататоническое поведение: бегал по кругу,

ходил взад и вперед, громко выкрикивал слова и отдельные предложения, смеялся, импульсивно мог ударить окружающих, не выполнял предложенные инструкции. Был назначен rispолепт в возрастных дозах.

В 18 лет окончил вспомогательную школу. В сопровождении матери продолжал посещать Центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации (ЦКРОиР). Занимался с психологом, дефектологом и иными специалистами. Продолжались регулярные занятия с учителем-логопедом на дому.

*На приеме.* Плотного телосложения. Кожа светлая, волосы русые. Выражен венозный рисунок. При входе в кабинет двигательнo расторможен, совершает стереотипные движения, сжимает руки в кулаки, потряхивает пальцами, походка остается неуклюжей, но мелкая моторика развита значительно лучше. Много-речив, озвучивает свои действия, многократно задает одни и те же вопросы, при общении присутствуют эхолалии. Речь фразовая. В письме множество аграмматизмов. Понимание обращенной речи достаточное, в полном объеме. Переносит усвоенные навыки. Понимание причинно-следственных связей с опорой на наглядность. Звуки раннего и позднего онтогенеза поставлены. Знает и называет основные цвета и оттенки. Соотносит плоское с объемным. Темп психической деятельности неравномерный, умственная работоспособность волнообразная (общий IQ 57).

*Электроэнцефалограмма.* Очаговых изменений и эпилептической активности не зарегистрировано. Отчетливый акцент медленно волновой активности заметен в левом полушарии, изменения по органическому типу с акцентом на подкорковые структуры.

Пациент С. занимался с психологом рисованием: рисовал пальцем, обмакивая указательный палец в краску, раскрашивал контуры картинок. Затем стал погружать в краску ладонь и рисовать отдельные пятна на полотне. Дома мог заниматься рисованием, сидя за столом по несколько часов. С удовольствием лепил из пластилина отдельные фигурки животных и цветы. Стал включаться в работу по дому, вместе с матерью чистил мягкую мебель и ковры. Помогал в приготовлении пищи. Ходил с родителями за продуктами в магазин, помогал нести тяжелые пакеты, но предпочитал один и тот же маршрут. Стереотипные фразы и привычки с течением времени не исчезали. По-прежнему сторонился незнакомых людей, оставался многоречивым со знакомыми.

К 20 годам увлекся сильно рисованием, стал с натуры рисовать птиц, самостоятельно подбирал краски. Мог смешивать цвета, создавая отдельные оттенки.

В 27 лет появилось множество натюрмортов, рисунков с изображением природы. Профессиональные художники обратили внимание на точность изображенных предметов, нежность оттенков. Была организована персональная выставка пациента С. Данную выставку посетил британский принц Майкл Кентский, которому молодой художник подарил одну из своих картин, а также своему лечащему доктору (доценту кафедры психиатрии и медицинской психологии УО БГМУ, к. м. н., доценту Наталье Константиновне Григорьевой).

Психический статус в возрасте 27 лет. Войдя в кабинет вначале потоптался на месте, громко поздоровался и спросил: «почему врач не посетила его выставку». Не слушая ответа, обратил внима-

ние на вешалку и спросил о количестве крючков на ней, при этом совершая стереотипные движения туловищем, заламывая пальцы рук, подпрыгивая на одном месте, громко смеясь при этом. Подойдя к окну и увидев чайник, сказал: «буду бить чайник». Затем стал повторять: «Саша пришел. Саша устал. Саша хочет кушать. У Саши болит голова». На вопрос врача: «Какой продукт не подходит к остальным? Яблоко, помидор, груша, слива». Быстро ответил: «Помидор растет на грядке. Помидор – овощ». На вопрос: «Чем отличается птица от самолета». Ответил: «Оба летают, но птица живая, а самолет нет». Продолжал повторять тексты рекламы, приближая лицо то к матери, то к врачу, не обращая внимания на просьбы говорить тише. Переставлял диванные подушки и мягкие игрушки, не разрешал садиться никому на диван. Потребовал приготовить чай и бутерброд, затем помог помыть посуду.

В данном возрасте был выставлен диагноз: F84.0 Детский аутизм (синдром Каннера). F70.0 Легкая умственная отсталость (IQ 62).

### Обсуждение

Беременность протекала с угрозой прерывания, роды преждевременные. Раннее развитие отличалось от здоровых детей. Ведущее место в клинической картине занимал аутистический радикал, присущий пациенту с раннего возраста, какатонические включения и отставание в психическом развитии. На протяжении всего дошкольного периода отмечалась отгороженность от внешнего мира. Стремление к сохранности привычного постоянства, однообразие поведения со склонностью к стереотипам. На протяжении всего периода на-

блюдения отмечались: слабость эмоциональных реакций к окружающему, манипулятивный характер игровой деятельности, отсроченные эхололии, интеллектуальное недоразвитие. В возрасте 8 лет поступил во вспомогательную школу. В период полового созревания присоединились дистимические приступы более выраженными кататоническими включениями. На протяжении всей учебы в школе сохранялось постоянство аутистической симптоматики на фоне резидуально-органической недостаточности с интеллектуальным недоразвитием. Несмотря на изменения интеллектуального уровня, проявившийся интерес к выполнению бытовых заданий и рисованию, оставались стереотипии, интровертированность, сверхценные увлечения, кататоническая симптоматика. Пациент С. нуждается в максимальной коррекции и в постоянном сопровождении, т. к. не способен налаживать нормальные взаимоотношения с другими людьми.

Описанный клинический случай иллюстрирует то, что постоянная психокоррекционная работа с пациентом, верно выбранный образовательный маршрут явились необходимой предпосылкой для развития психических функций и оказали стимулирующее воздействие на созревание структур мозга (в возрасте 5 лет IQ 45, в возрасте 18 лет IQ 57, в возрасте 27 лет IQ 62).

Все это еще раз доказывает необходимость комплексной оценки расстройств аутистического спектра с внедрением программ помощи детям с данной патологией и их родителям, что является основой эффективной реабилитации и улучшения прогноза социализации при данных нозологиях.

**Литература**

1. *Maenner, M. J.* Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years – autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2018 / M. J. Maenner [et al.] // *MMWR Surveillance Summaries.* – 2021. – Vol. 70, № 11. – P. 1.
2. *Di Renzo, M.* A comprehensive assessment process for children with autism spectrum disorders / M. Di Renzo [et al.] // *Advances in Autism.* – 2019. – P. 95–108.
3. *Белова, О. С.* Региональные особенности оказания помощи детям с расстройствами аутистического спектра / О. С. Белова, А. Г. Соловьев // *Медицинский альманах.* – 2018. – Т. 56, № 5. – С. 176–179.
4. *Shaw, K. A.* Progress and disparities in early identification of autism spectrum disorder: autism and developmental disabilities monitoring network, 2002–2016 / K. A. Shaw [et al.] // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* – 2022. – Vol. 61, № 7. – P. 905–914.

**References**

1. *Maenner, M. J.* Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years – autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2018 / M. J. Maenner [et al.] // *MMWR Surveillance Summaries.* – 2021. – Vol. 70, № 11. – P. 1.
2. *Di Renzo, M.* A comprehensive assessment process for children with autism spectrum disorders / M. Di Renzo [et al.] // *Advances in Autism.* – 2019. – P. 95–108.
3. *Belova, O. S.* Regional'nye osobennosti okazaniya pomoshchi detyam s rasstroistvami autisticheskogo spektra / O. S. Belova, A. G. Solov'ev // *Meditinskii al'manakh.* – 2018. – Т. 56, № 5. – С. 176–179.
4. *Shaw, K. A.* Progress and disparities in early identification of autism spectrum disorder: autism and developmental disabilities monitoring network, 2002–2016 / K. A. Shaw [et al.] // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* – 2022. – Vol. 61, № 7. – P. 905–914.

Поступила 28.10.2022 г.