

**Главный внештатный детский психиатр Центрального
федерального округа Минздрава РФ, член детской секции РОП**



Медицинская модель ранней помощи детям с расстройствами аутистического спектра 2017г

**Н.В. Симашкова – доктор медицинских наук,
руководитель отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ
Москва**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Аутистические расстройства представляют собой группу комплексных нарушений психического развития, характеризующихся отсутствием способности к вербальной и невербальной коммуникации, социальному взаимодействию, стереотипностью поведения.

Для больных характерны также фобии, двигательное возбуждение, особенности пищевого поведения и другие неспецифические симптомы.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Определяется трудностями диагностики, дифференциации, социализации.

Расстройства аутистического спектра представляют собой гетерогенную группу нозологически разных состояний с высокой распространенностью в детской популяции (62:10 000 детского населения, ВОЗ, 2014).

Своевременным и актуальным является поиск доказательных маркеров - патопсихологических, биологических, наряду с базовыми психопатологическими, для их разграничения.

Гетерогенность аутизма – 4500 больных 1984-2015гг. (ФГБНУ «НЦПЗ»)



Основные патогенетические гипотезы

Генетическая

Дезрегуляция иммунной системы -
нарушение врожденного
и приобретенного иммунитета

Нейродизонтогенез
на ранних этапах
развития ЦНС

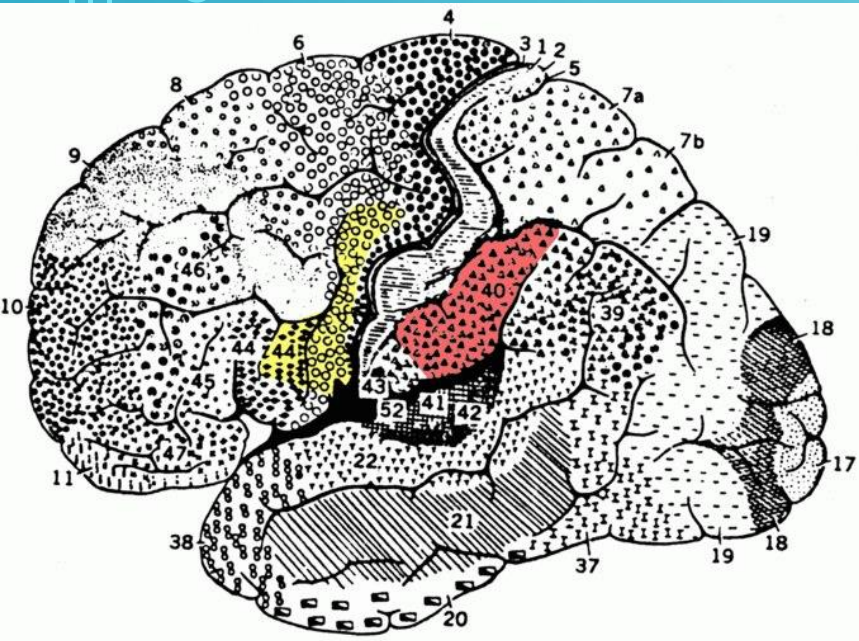
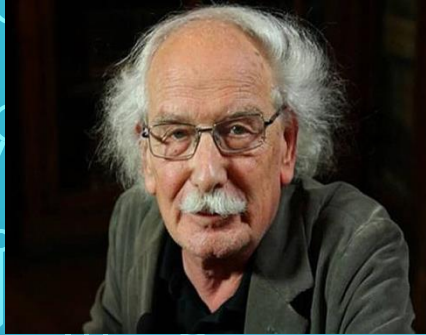
Нарушение
корково-подкорковых
взаимодействий

Нарушение формирования
нейротрансмиттерных
систем (преимущественно
глутаматергической)

Расстройства аутистического
спектра



КОГНИТИВНАЯ ГИПОТЕЗА - КОНЦЕПЦИЯ ЗЕРКАЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ, ДЖАКОМО РИЗОЛАТТИ, 1992 ГОД



Зеркальные нейроны — это группы клеток (MNS) коры мозга, которые активируются как при выполнении действия, так и при наблюдении за действием другого человека. Функционально они связаны с процессами подражания. Подражание - базовая форма обучения, играет основную роль в приобретении моторных, коммуникативных и социальных навыков.

КОГНИТИВНАЯ ГИПОТЕЗА - КОНЦЕПЦИЯ ЗЕРКАЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ

- ❖ **Через подражание системы зеркальных нейронов индивидуумы способны понимать действия других людей, намерения и эмоции, которыми они в своих действиях руководствуются.**
- ❖ **Это достигается через механизмы моделирования восприятия в моторной и лимбической системах, что обеспечивает основу для развития способов социализации, включая имитацию, понимание чужого сознания, эмпатию (способность к сопереживанию) и язык при ДА.**

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ

❖ Для количественной оценки выраженности детского аутизма использовали шкалу (Childhood Autism Rating Scale — **CARS**).

❖ Выраженность кататонических расстройств оценивали по шкале кататонии (Bush – Francis rating scale **BFCRS**)

Экспериментальные исследования состояния восприятия, мышления и мелкой моторики больных, оценивались посредством применения шкалы **PEP** – Psychoeducational Profile и батареи патопсихологических методик («Фигуры Липера», «Идентификация формы», «Конструирование объектов», «Малая предметная классификация»).

❖ Тест Д.Векслера – детский вариант «Wechsler Intelligence Scale for Children» (**WISC**)

❖ Для всех пациентов использовалась оценка тяжести по шкале общего клинического впечатления (Clinical Global Impression Scale — Severity **CGI-S**).

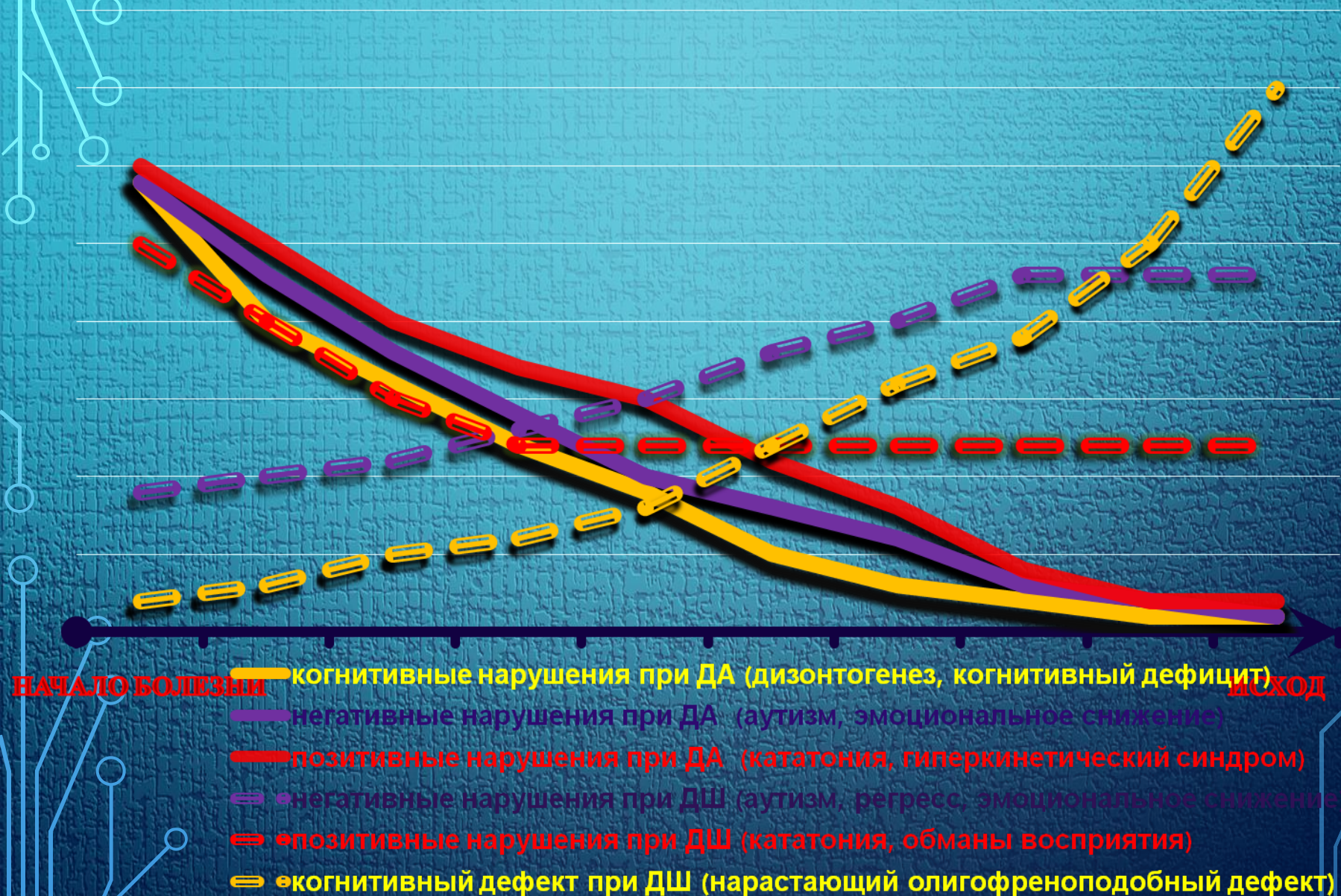
КОНЦЕПТЫ ДЕТСКОГО АУТИЗМА И ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

По фенотипической картине ДА и ДШ близки, имеют сходный уровень продуктивных неспецифических кататонических нарушений, социальную дезадаптацию

При психитической форме детского аутизма (ДА) кататонический синдром занимает основное место в структуре приступа, сменяется нажитым гиперкинетическим, обсессивно-компульсивным в ремиссии. Собственно аутизм и когнитивный дизонтогенез смягчаются. Прослеживается положительная динамика в течении болезни

При ДШ, помимо кататонических расстройств в приступах, отмечаются и другие общие критерии шизофрении: бред, галлюцинации, элементы психического автоматизма. На доманифестном этапе присутствуют признаки схизиса, неадекватность эмоционально-личностных реакций. В ремиссии - двигательные стереотипии сохраняются. Углубляются аутизм и когнитивный дефект. Течение болезни прогрессивное.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ТЕЧЕНИЯ ДА И ДШ



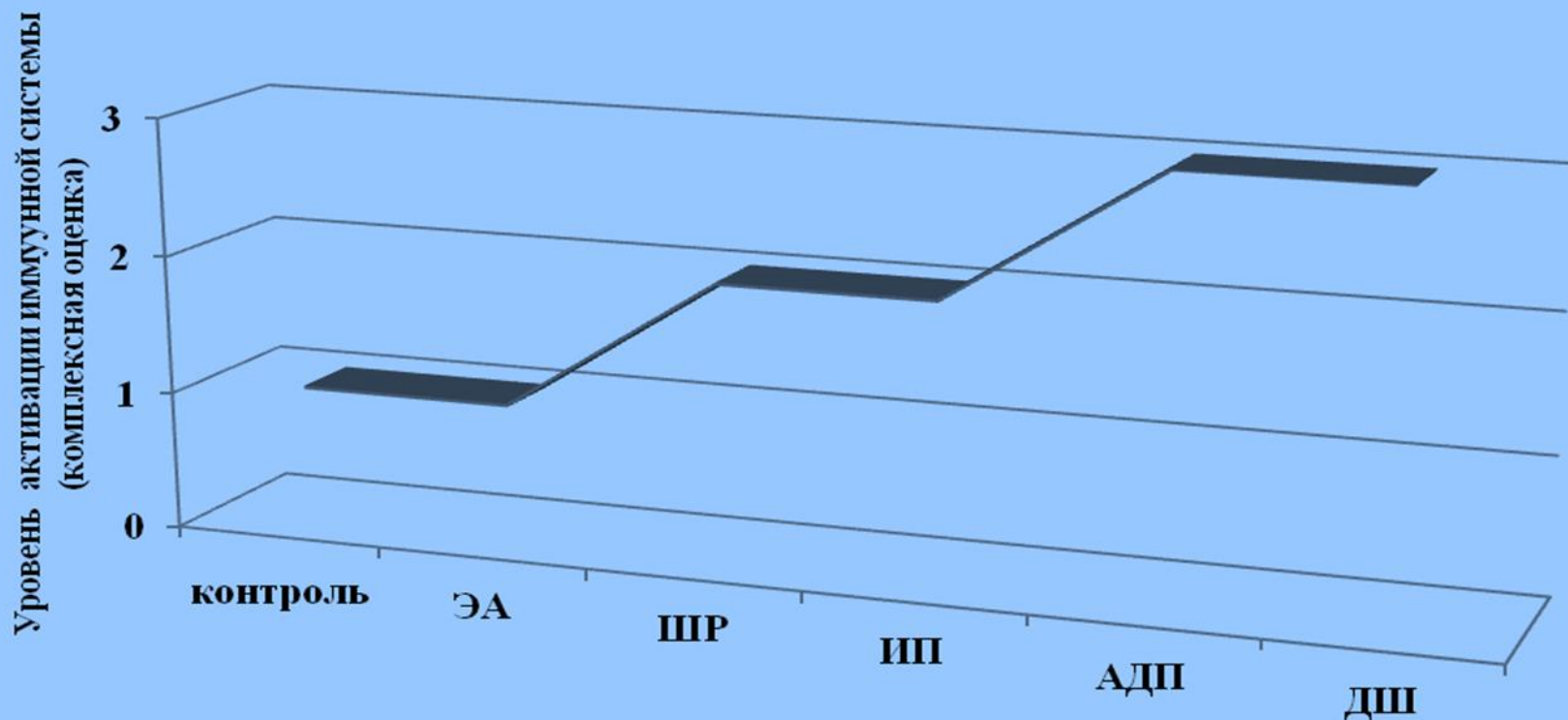
Иммунологические показатели (маркеры) у больных с РАС

| Группы обследуемых | Показатели медиана [25; 75 процентиля] | | | | Комплексная оценка иммунологических показателей M±SD |
|--------------------------------|--|------------------------|--------------------------|---------------------|--|
| | ЛЭ нмоль/мл*мин | α1-ПИ ИЕ/мл | аАТ к S-100 ед.опт плотн | аАТОБМ ед.опт плотн | |
| контроль(n=67) | 200,9 [173,0;221,4] | 33,4 [28,2;37,0] | 0,69 [0,6;0,77] | 0,64 [0,58;0,70] | 1 |
| Эволютивный Аутизм (n=12) | 194,1 [176,0;209,6] | 37,4 [34,4;39,4] | 0,66 [0,58;0,72] | 0,64 [0,50;0,68] | 1,5±0,67 |
| ИП (n=84) в психозе(n=72) | 255,4*** 6@ [232,2;272,7] | 42,0*** [36,6;47,3] | 0,72* [0,64;0,80] | 0,66 [0,55;0,81] | 2,48±0,76 |
| становление ремиссии (n=12) | 200,9 [177,6;216,4] | 35,0 [32,2;42,7] | 0,66 [0,59;0,78] | 0,7 [0,54;0,80] | |
| АДП (n=39) в психозе (n=30) | 259,2*** 3@ [245,2;274,3] | 41,6*** [37,3;46,0] | 0,82*** [0,61;0,96] | 0,62 [0,52;0,88] | 3,2±0,76 |
| становление ремиссии (n=9) | 220,3 [190,0;225,7] | 41,0* [32,4;51,2] | 0,71 [0,56;0,92] | 0,60 [0,52;0,87] | |
| | | | | | |
| | | | | | |

*сравнение с контролем (p<0,05), **- p<0,01, ***- p<0,000001

@ - отличие показателей у пациентов в психозе от становления ремиссии

Комплексная оценка иммунных показателей при расстройствах аутистического и шизофренического спектра (три уровня активации иммунной системы)



НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ РАС (ПО СООТНОШЕНИЮ РИТМОВ ЭЭГ)

| Формы РАС | Доминирующие ритмы ЭЭГ | |
|--------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| | Альфа-ритм | Тета-ритм |
| Синдром Аспергера | 11 – 13 Гц (высокая частота) | не выражен |
| Инфантильный психоз | 8 – 10 Гц (неравномерная частота) | не выражен |
| Синдром Каннера | 7 – 8 Гц (низкая частота) | не выражен |
| Атипичный детский психоз | 7 – 8 Гц (низкая частота) | выраженный ритм 5 – 7 Гц в 70% |
| Синдром Мартина-Белл | не выражен | выраженный ритм 6 – 7 Гц |

СПЕКТР АУТИСТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ

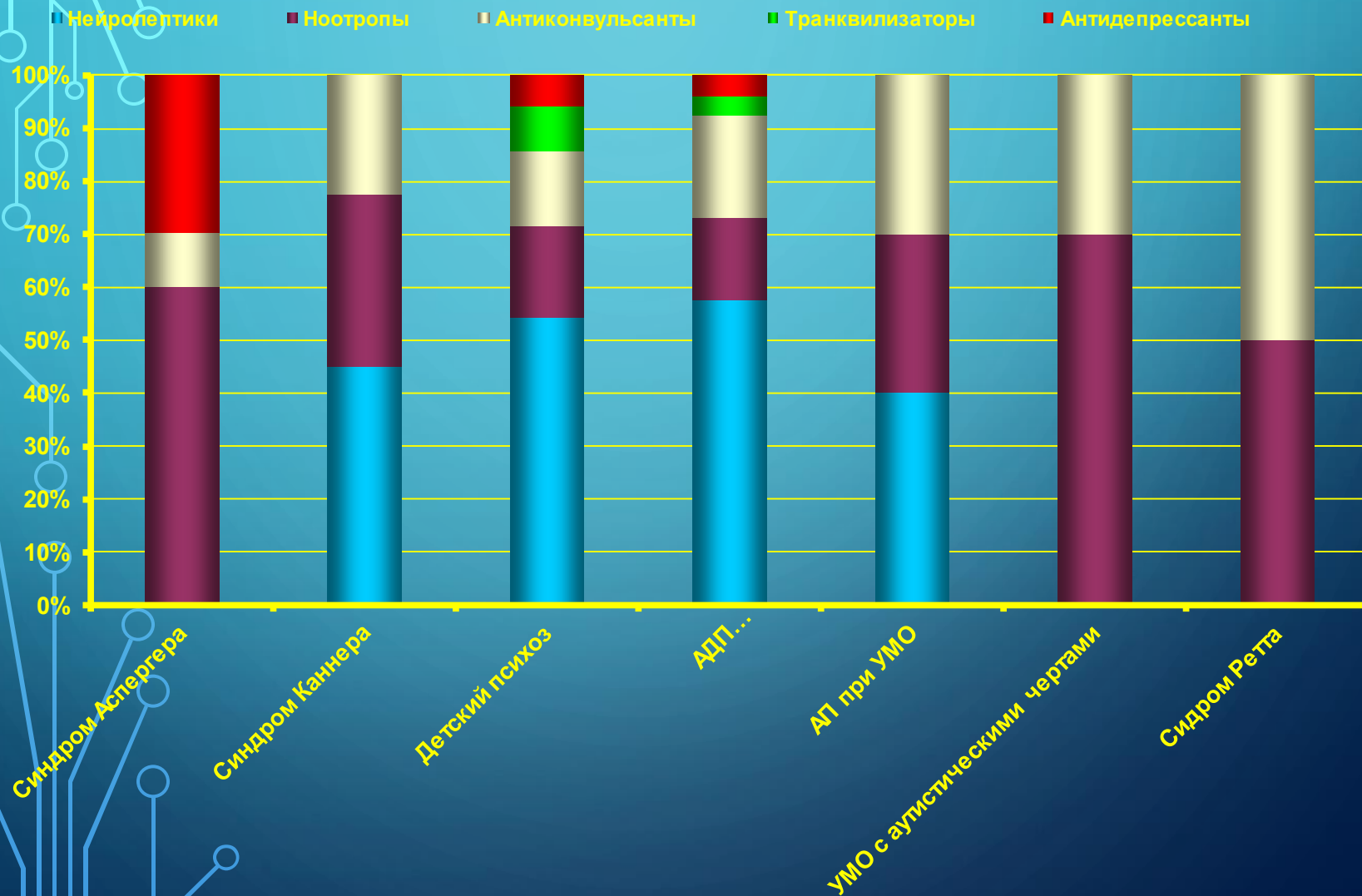
ФГБНУ «НЦПЗ», 2016



СТАБИЛЬНОСТЬ ДИАГНОЗА

- ❖ **Расстройства аутистического спектра» (F84.00) не имеют возрастных ограничений в международных классификациях болезней [МКБ-10(1994,1999) и ДСМ-5 (2013)]. Ранее РАС в РФ после 18 лет «трансформировались» в шизофрению.**
- ❖ **По данным ФГБНУ НЦПЗ одна нозологическая категория не переходит в другую на протяжении жизни пациента. Найденные биологические маркеры подтверждают это положение с патогенетических позиций.**
- ❖ **Приказом Росстата от 30.06.2014 N 459 диагноз «детский аутизм» внесен в реестр диагнозов у взрослых.**

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ РАС



КОНЦЕПЦИЯ КОГНИТИВНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА ПРИ РАС

Виды когнитивного
дизонтогенеза,
А.А.Коваль-Зайцев, 2010
год

Когнитивный
дизонтогенез
Н.В.Зверева, 2005
год

ИСКАЖЕННЫЙ ПРИ
ДА

ДЕФИЦИТАРНЫЙ
ПРИ ДА

РЕГРЕССИВНЫЙ С
ДЕФЕКТОМ ПРИ АА
(2016)

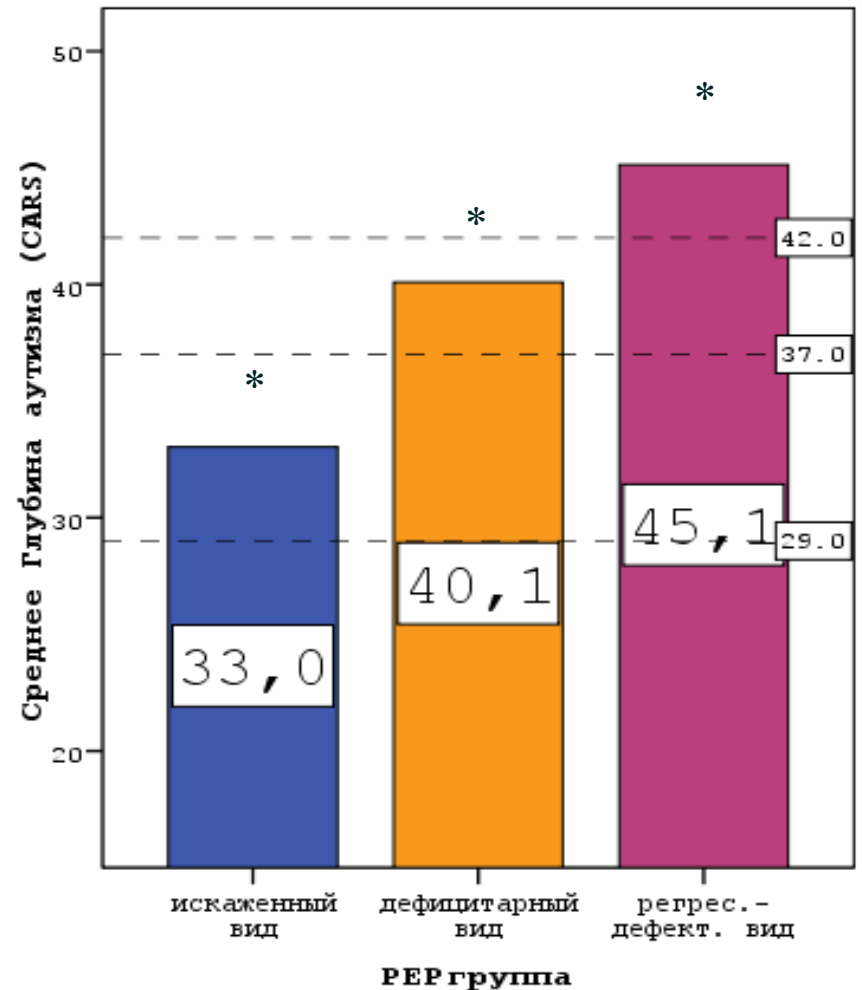
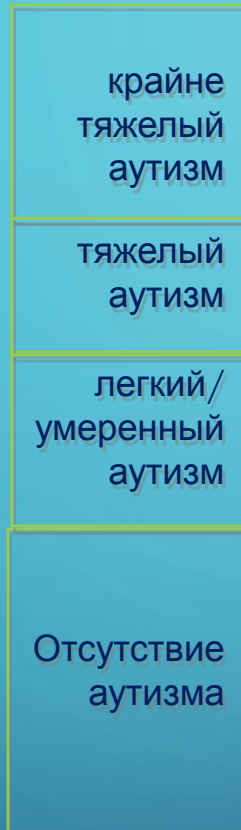
Выраженность аутизма и когнитивный дизонтогенез (результаты по шкале CARS)

Выраженность аутизма:

Искаженный вид когнитивного дизонтогенеза – средние 33.03 балла (легкий/умеренно выраженный аутизм)

Дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза – выраженность аутизма по шкале CARS – среднее 40.09 балла (тяжелый аутизм).

Регрессивный с формирующимся когнитивным дефектом – выраженность аутизма по шкале CARS – среднее 45.13 балла (крайне тяжелый аутизм)



* различия значимы на уровне $p < 0.001$ ($F = 276,0$)

ЦЕЛЬ И НАПРАВЛЕНИЯ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

- Клинико-психологическая диагностика, включающая оценку различных сфер психической деятельности (когнитивной, эмоционально-личностной, мотивационно-потребностной и т.п.) введены в медицинские стандарты и клинические рекомендации для больных с РАС. По результатам психологической диагностики проводится оценка состояния психических функций пациента, описание патопсихологического регистр-синдрома.
- Оценка динамики состояния указанных сфер в ходе лечения пациента.
- Разработка и проведение психокоррекционных мероприятий (индивидуальных и групповых занятий с психологом).
- Работа с родственниками пациентов с РАС.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

- При разработке индивидуальной психокоррекционной программы необходимо опираться на сохранные психические функции (формы вербальной и невербальной деятельности пациента с РАС). Занятия должны включать собственную деятельность пациента, проводиться с учетом его жизненного опыта, его мотивации и потребностей. Большое значение имеют устойчивые эмоционально-личностные особенности ребенка, структура познавательной деятельности и навыков. Наличие или отсутствие стратегий регуляции поведения, особенности когнитивного функционирования. Важно введение внешнего контроля со стороны клинического психолога. Включаются задания на хорошо упроченные, автоматизированные виды деятельности и произвольный уровень реализации психической деятельности. Работа строится «от простого к сложному». Занятия следует проводить ежедневно (минимум - три раза в неделю).

На современном этапе лучшими в мире психолого-реабилитационными обучающими программами считают: «Лечение и обучение детей с аутизмом и близкими к нему расстройствами общения» (**TEACCH**, Schopler E., Mesibov, G. B. Hearsey, 1983, 1995), адаптированная в ряде учреждений Российской Федерации. Равновесная по значимости ей, Прикладной анализ поведения (**ABA** Lovass O.I., 1987). Система общения с помощью карточек-изображений – **PECS** (Frost and Bondy, 2002). Основные подходы к реабилитации в них сходные, применяются в психолого-педагогических центрах. Для объективного подтверждения их действенности необходимы рандомизированные контролируемые исследования (Volkmar et al., 2011)

- Используются анималотерапия : дельфинотерапия, иппотерапия, канистерапия и т.п.

Стандарты и клинические рекомендации

В 2015 г. МЗ РФ (приказами №30н, №31н, №32н) утверждены стандарты оказания специализированной медицинской и амбулаторной помощи детям с расстройствами аутистического спектра; в 2015 г. приняты клинические рекомендации (протоколы лечения больных) при РАС. В 2016 г. по приказу МЗ РФ с доказательных патогенетических позиций пересматриваются клинические рекомендации.

Результаты пилотного скрининга риска возникновения расстройств аутистического спектра у детей 16-24 мес. в 3 регионах РФ (данные 2015 г.)

- ❖ С 2015 г. МЗ РФ запущен пилотный скрининг детской популяции раннего возраста.
- ❖ Обследование проводилось методом сплошного скрининга в учреждениях первичного звена здравоохранения (в трех регионах РФ: Волгоградская, Новосибирская, Челябинская области).
- ❖ Инструмент обследования: «клинико-психологическая анкета для родителей по выявлению риска возникновения РАС у детей раннего возраста (до 2 лет)» (Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Иванов М.В., 2014, ФГБНУ НЦПЗ).
- ❖ Проанкетировано 34770 родителей детей в возрасте 16-24 месяцев. Группа риска РАС - 4102 ребенка (11,8 %, 118:1000).
- ❖ Часть детей группы риска по РАС на добровольной основе проконсультированы врачом-психиатром (2774 случаев). У 15 детей (0,4:1000) на момент осмотра выявлены выраженные клинические нарушения квалифицированные по МКБ-10 (F84). Данный показатель болезненности нельзя экстраполировать на общую популяцию детей рассматриваемого возраста.
- ❖ Дети группы риска по РАС (118:1000), имеют мягкие предрасположности АР, они нуждаются в комплексных мероприятиях психопрофилактической помощи по предотвращению перехода предболезни в болезнь (*pathos* → *nosos*).

СКРИНИНГОВАЯ АНКЕТА

Анкета для родителей детей раннего возраста разработана сотрудниками отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ (Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Иванов М.В.). Разработчики анкеты неуклонно придерживаются концепции предболезни (Семичов С.Б., 1987) и модели «диатез-стресс» (“diathesis-stress model”; Ingram R.E., Luxton D.D., 2005), что позволяет уже на ранних этапах определять детей группы риска нарушений психического развития и разрабатывать оптимальные алгоритмы мероприятий психопрофилактической помощи, по предотвращению заболеваемости и инвалидности в детском населении.

Предлагаемая анкета прошла процедуру стандартизации и валидизации на нескольких выборках испытуемых (дети раннего и дошкольного возраста с нормативным развитием и сверстники с верифицированными клиническими диагнозами), что повышает надежность получаемых результатов.

Процедура проведения: опрос/анкетирование родителей детей раннего и дошкольного возраста проводится в общесоматическом поликлиническом звене. Анкета может использоваться для проведения сплошных скрининговых исследований общей популяции.

Скрининг детей раннего возраста

- ❑ Проведение скрининга детей раннего возраста общей популяции является перспективным направлением. В настоящее время ведутся подготовительные работы по запуску скрининга не фокусированного только на проблеме РАС. Данная инициатива позволяет выявлять начальные проявления психической патологии, что создает возможность уже на ранних этапах определять детей группы риска и разрабатывать оптимальные алгоритмы мероприятий психопрофилактической помощи.

СКРИНИНГОВАЯ АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

| № | Вопрос | Да | Нет | Затрудняюсь |
|---|--|----|-----|-------------|
| | Фиксировал ли ребенок взгляд на предметах (игрушках) или лице взрослого (со второго месяца жизни)? | | | |
| | Смотрел ли ребенок в глаза – в течение 1-2 сек. сам или при привлечении внимания словом или прикосновением со второго мес. жизни? | | | |
| | Улыбался ли ребенок матери сам или при привлечении внимания улыбкой, лаской, прикосновением на первых месяцах жизни? | | | |
| | Принимал ли ребенок «удобную» позу при кормлении грудью, сосал активно, не отвлекаясь на посторонние раздражители? | | | |
| | Проявлял ли ребенок негативизм к матери: сопротивлялся грудному вскармливанию, но при этом, сцеженное молоко принимал охотно? | | | |
| | Тянулся ли ребенок на руки матери, или другим близким, радовался пребыванию на руках? | | | |
| | На первом году жизни, в период бодрствования, ребенок НЕ требовал к себе внимание матери (мог лежать один в кроватке, не реагировать на уход матери, занимая себя предметами, игрушками, собственными пальцами и т.д. или пассивно лежал, не реагируя на окружение)? | | | |
| | Были ли у ребенка проявления различных эмоций (радость, удивление, недовольство и т.д.), начиная с возраста 5-6 мес.? | | | |
| | Вовлекался ли ребенок с первых месяцев во взаимодействие со взрослым, устанавливая тактильный, слуховой, зрительный или игровой контакт? | | | |
| | Проявляет ли ребенок интерес к новым предметам – 5-6 мес.? | | | |
| | Соответствуют ли показатели моторного развития ребенка нормативным срокам: | | | |
| | - удерживает головку – с 2 мес., | | | |
| | - сидит – с 6 мес., | | | |
| | - ползает – с 8 мес., | | | |
| | - ходит без поддержки – с 12-14 мес. | | | |
| | Соответствуют ли показатели речевого развития ребенка нормативным срокам? | | | |
| | - агуканье – с 1 мес. | | | |
| | - гуление – с 2-3 мес. | | | |
| | - лепет (ба-ба-ба, ма-ма-ма, па-па-па, та-та-та) – с 6-8 мес. | | | |
| | - первые слова («мама», «баба», «папа», слова-метки и другие, адресованные к конкретному лицу) – к 1 году. | | | |
| | Отмечались ли у ребенка неоднократно на первом году жизни: нарушения сна, аппетита, обильные срыгивания; запоры/поносы? не связанные с физическим заболеванием (имеющееся подчеркнуть) | | | |

СКРИНИНГОВАЯ АНКЕТА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

| № | Вопрос | Да | Нет | Затруд- няюсь |
|---|---|----|-----|------------------|
| 1 | Использует ли ребенок указательный жест? | | | |
| 1 | Умеет ли ребенок пить из чашки? | | | |
| 1 | Понимает ли ребенок простые инструкции («подойди ко мне», «дай мне»), после года? | | | |
| 1 | Повторяет ли ребенок отдельные слова или фразы из высказываний взрослых («как эхо»)? | | | |
| 1 | Отмечается ли у ребенка повышенная чувствительность к внешним раздражителям (шум от бытовых приборов, фейерверков, звукам издаваемых животными; повышенный тон взрослых и др.)? | | | |
| 1 | Хорошо ли ребенок переносит гигиенические процедуры (стрижка ногтей, волос, купание и др.)? | | | |
| 1 | Возникали ли мысли о том, что ребенок «глухой», «плохо видит»? | | | |
| 1 | Как ребенок реагирует на новый предмет, игрушку: рассматривает, облизывает, обнюхивает? (нужное подчеркнуть) | | | |
| 1 | Играет ли ребенок предметами обихода (крышки, банки, кастрюли), игрушка предпочитает ниточки, шнурки, пакетики, палочки и др.? | | | |
| 1 | Есть ли предметы (игрушки) с которыми ребенок НЕ расстается ни днем, ни ночью (плачет при изъятии предмета)? | | | |
| 1 | Выстраивает ли ребенок предметы (игрушки) в ряды (горизонтальные / вертикальные), однообразно возит, катает предметы (игрушки)? | | | |
| 1 | Сторонится ли ребенок других детей на игровой площадке, предпочитает играть один? | | | |
| 1 | Проявляет ли ребенок интерес к новым игрушкам? | | | |
| 1 | Имеются ли у ребенка второго года жизни эпизодические или частые нарушения сна: плач во сне, ночные бодрствования, частые пробуждения? | | | |
| 1 | Есть ли у ребенка страхи обыденных предметов (бутылочек, игрушек, предметов определенного цвета и т.п.)? | | | |
| 1 | Есть ли у ребенка однообразные движения (grimасы, повороты головы, подергивания плечами, прыжки/кружение на месте и др.)? | | | |
| 1 | Замечали ли, что у ребенка имеются двойственные проявления в поведении (умеет пользоваться ложкой, но не пользуется; не терпит постороннего шума, однако, сам может громко стучать; совмещает «взрослую» фразовую речь и лепет и т.п.)? | | | |
| 1 | Задавал ли ребенок вопросы к концу второго года жизни? | | | |
| 1 | Может ли ребенок собирать пирамидку, матрешку с учетом величины, формы и цвета? | | | |
| 1 | Отмечаются ли у ребенка следующие признаки: (проходящие косоглазие, кривошея, мышечная гипер- или гипотония, «ходьба на цыпочках», кружение вокруг себя, игра пальцами перед лицом, перебирание пальцами, потряхивание кистями рук? (имеющееся подчеркнуть) | | | |
| 1 | Используете ли Вы для успокоения ребенка электронные гаджеты (мобильный телефон, планшет и т.п.)? | | | |
| 1 | Сколько времени ребенок проводит у телевизора/компьютера: - до 0,5 часа, - более 0,5 часа. (нужное подчеркнуть) | | | |

СКРИНИНГОВАЯ АНКЕТА (ОБРАБОТКА)

- ❑ **Обработка результатов проводится специалистом при помощи подсчета совпадений ответов с ключом методики (см. приложение).**

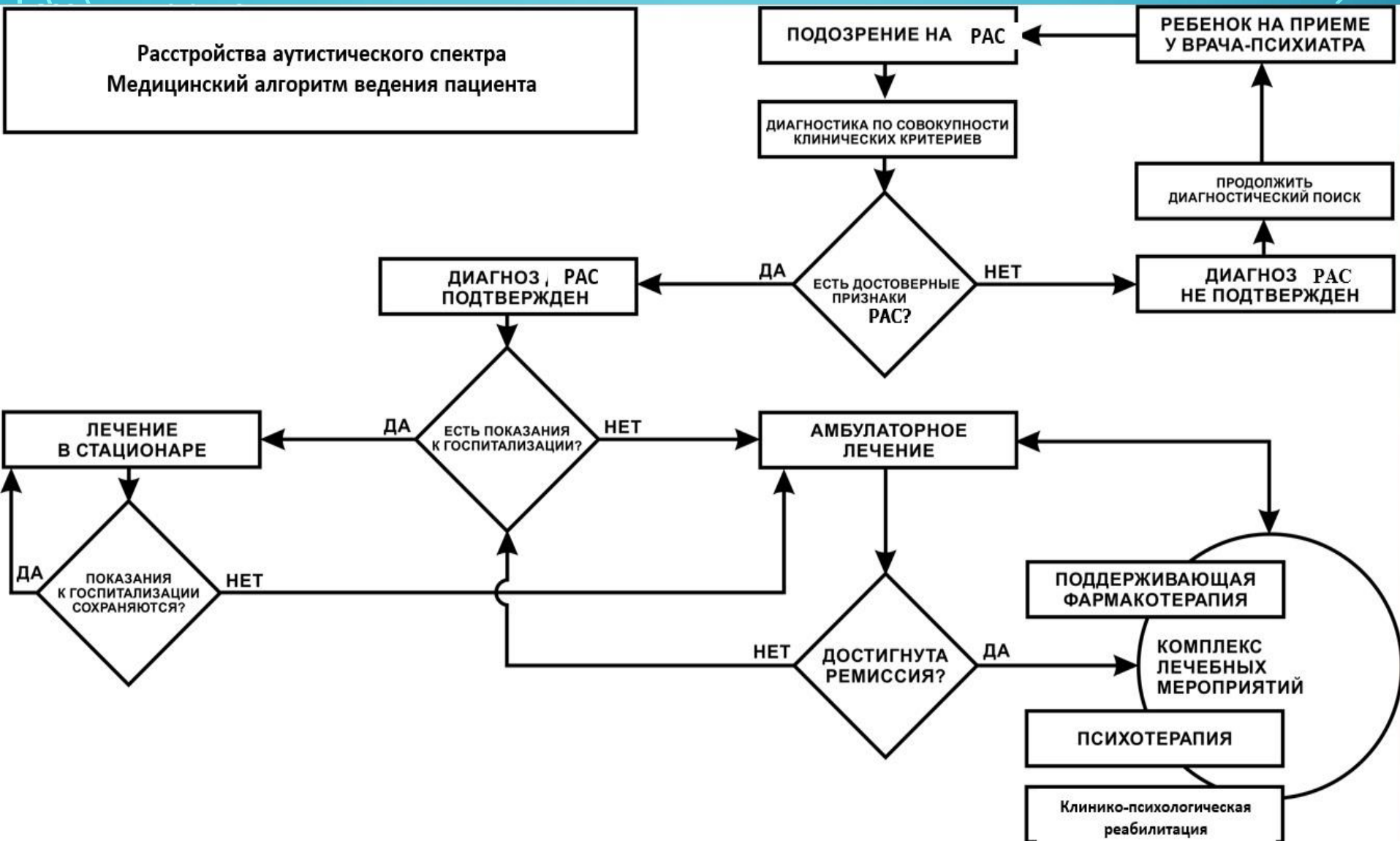
Группа риска нарушений психического развития определяется в соответствии с нормативами:

- **при *совпадении 1 ответа* на вопросы, отмеченные звездочкой – «*» в ключе методике, ребенок попадает в группы повышенного риска возникновения нарушений психического развития, родителем, дается рекомендация обратиться за консультацией к врачу-психиатру (детскому), медицинскому (клиническому) психологу.**
- **при *совпадении 4 и более ответов* на вопросы с ключом методики (не отмеченные – «*»), в том числе при затруднениях в выборе ответов родителем, дается рекомендация обратиться за консультацией к врачу-психиатру (детскому). В частных случаях, за консультацией к медицинскому (клиническому) психологу, который проведет диагностику познавательного развития, детско-родительских отношений и др.**

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА, КОДЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

| | 1 квартал | 2 квартал | 3 квартал | 4 квартал | За весь отчетный период |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------------------------|
| Число детей в возрасте 18-48 мес. (в целом по субъекту) | | | | | |
| Число проанкетированных детей в возрасте 18-48 мес. | | | | | |
| Из них: число детей в возрасте 18-48 мес., выявленных из группы риска возникновения нарушений психического развития (НПР) | | | | | |
| Число проанкетированных детей из группы риска НПР, проконсультированных врачом- психиатром | | | | | |
| Из них: общее число детей, которым установлен диагноз F20.8xx3 | | | | | |
| Из них: общее число детей, которым установлен диагноз F70 – F79 | | | | | |
| Из них: общее число детей, которым установлен диагноз F80– F83 | | | | | |
| Из них: общее число детей, которым установлен диагноз F84.0 – F84.8 (РАС) | | | | | |
| Из них: общее число детей, которым установлен диагноз F84.0 | | | | | |
| Из них: общее число детей, которым установлен диагноз F84.1 | | | | | |
| Из них: общее число детей, которым установлен диагноз F84.2 | | | | | |
| Из них: общее число детей, которым установлен диагноз F84.3 | | | | | |
| Из них: общее число детей, которым установлен диагноз F84.4 | | | | | |
| Из них: общее число детей, которым установлен диагноз F84.5 | | | | | |
| Из них: общее число детей, которым установлен диагноз F84.8 | | | | | |
| Из них: число детей, которым установлен диагноз – F90 – F98 | | | | | |

Алгоритм ведения пациента



Спасибо за внимание!



МОНОГРАФИЯ, 2016

В коллективной монографии представлено современное состояние проблемы расстройств аутистического спектра в отечественной и зарубежной психиатрии, одной из наиболее сложных и дискуссионных в клинко-биологическом аспекте. Расстройства аутистического спектра представляют собой гетерогенную группу расстройств, в которую входят нозологически разные патологические состояния: эволютивный аутизм (синдром Аспергера), эволютивно-процессуальный аутизм (синдром Каннера), детский аутизм (инфантильный аутизм и инфантильный психоз), атипичный аутизм (атипичный детский психоз, умственная отсталость с аутистическими чертами). Расстройства аутистического спектра рассматриваются с позиций мультидисциплинарного клинко-биологического подхода. Приводятся описания клинической картины различных типов аутизма, изложен новый взгляд на патогенез. Выделенные клинические, патопсихологические, нейрофизиологические и иммунологические маркеры позволяют своевременно провести дифференциальную диагностику, подтвердить обоснованность назначения психофармакотерапии на определенных этапах болезни и уточнить прогноз. Особое место в научно-практическом руководстве занимают вопросы немедикаментозной коррекции и социализации больных. Главы, посвященные результатам психопатологических, неврологических исследований, электроэнцефалографии, нейромимным взаимосвязям при расстройствах аутистического спектра, содержат самые современные данные по этим вопросам.

Монография предназначена психиатрам, неврологам, педиатрам, психологам, дефектологам, педагогам, биологам, специалистам в области социальной реабилитации.



ISBN 978-5-9704-5041-1



КЛИНИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА



КЛИНИКО- БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Под редакцией
Н.В. СИМАШКОВОЙ
Т.П. КЛЮШНИК



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭСТАР-Медиа»