
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
CLINICAL CASE

**Лонгитюдное наблюдение за психосоциальным
и интеллектуальным развитием пациента с аутизмом**

Докукина Т.В.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр психического здоровья», Минск, Республика Беларусь
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7657-7496>, e-mail: polak0208@mail.ru

Осипчик С.И.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр психического здоровья», Минск, Республика Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3784-4293>, e-mail: sergeio@mail.ru

Григорьева Н.К.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4892-182>, e-mail: maryzhdan1991@gmail.com

Алько Т.Н.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Республика Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5352-8990>, e-mail: m_montage@tut.by

Лапыш О.М.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр психического здоровья», Минск, Республика Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6696-2494>, e-mail: o.lapysh@mail.ru

Трущенко М.Н.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр психического здоровья» Минск, Республика Беларусь
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5773-8899>, e-mail: marith@bk.ru

Описан опыт наблюдения и медицинского сопровождения пациента с синдромом Каннера с раннего возраста до 27 лет в рамках комплексного медико-психолого-педагогического сопровождения. Многолетняя медицинская и психолого-педагогическая поддержка и работа семьи позволили развить у пациента социальные навыки и художественные способности. Демонстрируется позитивная динамика интеллектуального и эстетического развития, сглаживание негативных поведенческих особенностей пациента. Подчеркивается важность совместной слаженной работы врача-психиатра, логопеда-дефектолога, психолога и родителей. Комплекс реабилитационных мероприятий специалистов и родителей дал положительный результат: молодой человек социализирован и уже не нуждается в специальном непрерывном медико-психологическом сопровождении. В рамках сопровождаемой занятости он посещает художественную мастерскую при монастыре и занимается живописью. С успехом прошла его персональная выставка. Подобные случаи — стимул к постоянной активной работе родителей и педагогов с детьми, имеющими тяжелые формы аутистических расстройств, и к разработке новых эффективных методов лечения, абилитации и реабилитации, особенно в труднокурабельных случаях.

CC BY-NC

Ключевые слова: ранний детский аутизм, синдром Каннера, лонгитюдное наблюдение, ребенок, интеллектуальное развитие, психосоциальное развитие.

Финансирование. Исследование выполнено при поддержке Национальной академии наук Беларуси в рамках проекта государственной программы научных исследований «Фундаментальные и прикладные науки — медицине».

Для цитаты: Лонгитюдное наблюдение за психосоциальным и интеллектуальным развитием пациента с аутизмом / Докукина Т.В. [и др.] // Аутизм и нарушения развития. 2021. Том 19. № 1 (70). С. 65–73. DOI: <https://doi.org/10.17759/autdd.20211908>

Longitudinal Observation of the Psychosocial and the Intellectual Development of a Patient with Autism

Tatyana V. Dokukina

State Institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health”,
Minsk, Republic of Belarus,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7657-7496>, e-mail: polak0208@mail.ru

Sergei I. Osipchik

State Institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health
Minsk, Republic of Belarus.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3784-4293>, e-mail: sergeio@mail.ru

Natalia K. Grigorieva

Belarusian State Medical University,
Minsk, Republic of Belarus.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4892-6182>, e-mail: maryzhdan1991@gmail.com

Tatiana N. Alyko

Belarusian State Medical University
Minsk, Republic of Belarus
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5352-8990>, e-mail: m_montage@tut.by

Olga M. Lapysh

State Institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health”
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6696-2494>, e-mail: o.lapysh@mail.ru

Maria N. Truschenko

State Institution “Republican Scientific and Practical Center Mental Health”
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5773-8899>, e-mail: marith@bk.ru

The article describes the experience of observation and medical support of a patient with Kanner’s syndrome from an early age to 27 years in the framework of complex medical, psychological and educational support. Long-term medical and psycho-educational support and family work allowed the patient to develop social skills and artistic abilities. The positive dynamics of intellectual and aesthetic development, smoothing of negative behavioral characteristics of the patient are demonstrated. The importance of joint well-coordinated work of a psychiatrist, speech therapist-special teacher, psychologist and parents is emphasized. The complex of rehabilitation measures of professionals and parents gave a positive result: the young man is socialized and no longer needs special continuous medical and psychological support. As part of the supported employment, he attends an art workshop at the monastery and is engaged in painting. His personal exhibition had success. Such cases are an incentive for the constant active work of parents and teachers with children with severe forms of autistic disorders, and for the development of new effective methods of treatment, habilitation and rehabilitation, especially in difficult to manage cases.

Keywords: autism, intellectual disability, child, diagnosis, longitudinal study, education.

Funding. The study carried out with the support of the National Academy of Sciences of Belarus in the framework of the project of the state program of scientific research “Fundamental and Applied Sciences — Medicine”.

For citation: Longitudinal Observation of the Psychosocial and the Intellectual Development of a Patient with Autism / Dokukina T.V. [et al.]. *Autizm i narusheniya razvitiya = Autism and Developmental Disorders*, 2021. Vol. 19, no. 1 (70), pp. 65–73. DOI:10.17759/autdd.2021190108 (In Russ.).

Во всем мире, в том числе в Республике Беларусь, отмечается высокая распространенность психических расстройств среди детского населения. При отсутствии своевременной специализированной помощи психические нарушения, возникающие в раннем детстве, вызывают тяжелые задержки психического развития и приводят к инвалидности [1].

В отличие от взрослых, у детей психические расстройства рудиментарны, изменчивы, они имеют особенность то исчезать, то появляться вновь, а иногда ограничиваются одним или двумя очевидными симптомами. Несовершенный речевой контакт с ребенком (а иногда его отсутствие) и присущие детям особенности поведения не всегда позволяют получить субъективные данные об их переживаниях [2; 9; 14].

Вероятно, самой главной причиной трудностей при выявлении и правильной диагностике психических нарушений в детском возрасте является их маскированность соматическими, поведенческими или интеллектуальными расстройствами. Это ведет к небезобидным ошибкам диагностики: искажается статистика, порождается множество проблем, значимых для развития ребенка и его адаптации в будущем. Затрудняются или запаздывают медикаментозная терапия, адекватная коррекционная помощь, определение формы и мест обучения, профессиональная ориентация [4; 6; 10].

Встречаются случаи, когда психиатр в 3–4-летнем возрасте ребенка не выставляет адекватный диагноз по просьбе родителей из-за стигматизирующего влияния ряда психиатрических диагнозов и перекладывает эту задачу на плечи другого врача-специалиста, с которым ребенок встретится в более старшем возрасте. Иногда из-за оплошности психиатра выставляются 3 диагноза: ранний детский аутизм (F84.0), умственная отсталость (F70), расстройство экспрессивной речи (F80.1). Этот факт врачом может объясняться тем, что ребенка сложно диагностировать, и его необходимо более длительное время наблюдать.

Но очевидно, что при неправильно установленном диагнозе ребенку определяются неэффективное лечение, неверный образовательный маршрут, и в дальнейшем финалом будет его инвалидизация. И хотя ребенку-инвалиду определяется степень утраты здоровья, назначается пенсия, даются льготы ухаживающим родителям, при этом меняются форма и место обучения ребенка, его зачастую переводят на надомное обучение с посещением центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, то есть он переводится на низший уровень об-

учения, и в этом случае нарушаются установленные уже контакты с детьми, которые детям с аутизмом так необходимы.

Диагноз ранний детский аутизм при повторном рассмотрении часто не подтверждается. В иных случаях под ранним детским аутизмом скрывается детская шизофрения или умственная отсталость. Известный детский психиатр Н.М. Иовчук проводит дифференциальный диагноз между этими двумя нозологическими единицами [6, с. 30–45]. Ранний детский аутизм — это врожденное пожизненное тяжелое расстройство, требующее максимальной коррекции и многолетних усилий разных специалистов. Ранняя детская шизофрения — процессуальное заболевание, приводящее к тяжелому нарушению развития и оставляющее неизгладимый след на всей психической структуре личности. Рано начавшаяся шизофрения развивается по своим эндогенным законам, имеет начало и стадии прогрессивности или регрессивности течения, иногда с полным исчезновением продуктивной симптоматики [11; 15].

Российские авторы Т.Г. Горячева и А.С. Султанова с 1990 года начали разрабатывать метод сенсорной коррекции [2]. С точки зрения авторов все патологические состояния в детском возрасте связаны с нарушением морфофункционального развития нервной системы и имеют двустороннюю связь. По мнению авторов, причиной нарушения морфофункционального созревания может быть травматический, токсический или иной характер повреждения структур головного мозга, а также повреждение сенсорных систем, приводящих к тотальному или парциальному нарушению психического развития, нарушению адаптации и поведения ребенка. С другой стороны, пациент с грубыми нарушениями деятельности ЦНС обеднен сенсорно, двигательными и коммуникативно, так как его мозг получает недостаточную афферентацию, то есть поступающую в ЦНС информацию, как извне, так и от проприо- и интерорецепторов. В связи с чем он не может полноценно развиваться [3; 12].

Исследователи, изучающие онтогенез нервной системы, говорят о высокой пластичности мозга, особенно детского. Л.С. Выготский (1983) выделил пластичность нервной системы и психики как одну из закономерностей развития в норме и патологии. Он подчеркнул, что для реализации этой пластичности необходимы определенные социальные условия. Отметил, что функционально незрелые структуры мозга имеют большую пластичность, чем уже сформированные [3].

Созревание различных структур мозга является необходимой предпосылкой развития психических функций. Активная адресация к ребенку различных форм социального воздействия определяет способ формирования его психики и оказывает стимулирующее влияние на созревание структур мозга. К таким социальным воздействиям можно отнести и специальные коррекционные мероприятия, в том числе и сенсомоторную коррекцию. Организация психической деятельности и мозговых структур рассматривается в концепциях ведущих советских исследователей А.Р. Лурии (рассматривающего три блока головного мозга) и А.Н. Бернштейна, разработавшего иерархическую организацию движений человека и выделившего пять уровней построения движения [5; 8]. Исследователи подчеркивают, что нервная система и мозговые структуры останутся недоразвитыми без влияния оптимальной внешней афферентации. Примером может служить глухонемой ребенок, который не будет развиваться без целенаправленного педагогического воздействия.

Цель любого коррекционного воздействия, в том числе и сенсомоторной коррекции, — это восстановление нормального протекания онтогенеза и социальной адаптации. Эффективность коррекции ребенка зависит от следующих факторов: квалификации специалиста, проводящего диагностику, целенаправленности и регулярности занятий, а также от исходного состояния ребенка, степени выраженности нарушений, возраста, в котором начата коррекционная работа (эффективнее ранее вмешательство); от позитивного комплаенса с родителями пациента и согласованной работы специалистов разных профилей. Детям с тяжелыми нарушениями развития и сложной структурой дефекта (детский церебральный паралич, расстройства аутистического спектра, умственная отсталость) адекватная и компетентная коррекционная помощь помогает улучшить развитие, обучаемость, помогает предотвратить возникновение ряда вторичных патологических состояний, поднять уровень социальной адаптации, в целом улучшить качество жизни ребенка и семьи [2; 7].

Наиболее тяжелые формы детского аутизма (F84.0) фиксируются с рождения, но родители обращаются к психиатрам чаще всего в возрасте 3 лет. По мере взросления ребенка при постоянном проведении коррекционных занятий в дошкольных и школьных учреждениях, центрах коррекции и развития, на занятиях с логопедом с 3-летнего возраста и при согласованной работе специалистов разных профилей значительно повышается его успеваемость, расширяется кругозор.

В представленном клиническом случае с долгосрочным наблюдением видно, как постепенно и нелинейно идет развитие пациента, сопровождаемое и направляемое совместными усилиями семьи, врача-психиатра и педагогов. Лишь в 20-летнем возрасте у Саши проявились художественные способности. На описанном примере варианта течения детского аутизма показаны усиление пластичности нервной системы и развитие психики в целом. В данном случае можно

говорить о некотором созревании или реализации функционально незрелых структур мозга, согласно учению Л.С. Выготского.

В настоящее время пациенту Саше К. 27 лет. Наследственность по линии отца: бабушка отличалась постоянно приподнятым настроением, была активна, энергична, гостеприимна. В течение всей жизни чувствовала себя непринужденно в любой обстановке. Наследственность по линии матери: дедушка отличался скрытностью, замкнутостью, неразговорчивостью, но оставался достаточно активным на работе; был исполнительным, пунктуальным. Отец: инженер по специальности, спокойный, сдержанный, неторопливый, поддерживает хорошие отношения на работе, помогает жене по хозяйству, в доме выполняет любую работу, внимателен к сыну. Мать: инженер-химик, общительная, энергичная, работоспособная. Свои и чужие проблемы принимает близко к сердцу, в доме не терпит беспорядка. С трехлетнего возраста сына, уйдя с работы, ухаживает за ребенком: водит его на все занятия. Пациент от второй беременности (1-я беременность — неразвившийся плод), беременность протекала с угрозой прерывания на всем протяжении. Мать лежала на сохранении в стационаре. Роды путем кесарева сечения, преждевременные с безводным периодом 7 часов. Вес мальчика при рождении 2 кг 900 грамм, рост 47 см.

Раннее развитие: головку начал держать в 3 месяца, ползать в 5 месяцев, сидеть в 6 месяцев, ходить в 1 год 5 месяцев. Гуление появилось после года, лепет к двум годам. В грудном возрасте был беспокойным, плохо засыпал, многократно просыпался за ночь. В 2–3 месяца отсутствовала улыбка при виде человеческого лица. Не тянулся на руки к матери. На первом году жизни не требовал к себе внимания, мог лежать в кроватке и не реагировать на уход матери. В 6-месячном возрасте не реагировал на голос матери, отмечался «скользящий взгляд» по лицам окружающих. Чрезмерная заторможенность сменялась двигательной активностью. Выявлялись особенности раннего психомоторного развития (не принимал удобную позу, когда его брали на руки, отсутствовало встречное движение, когда ребенка собирались взять на руки). Отмечался неподвижный взгляд и безразличие к звукам. Иногда тихо лежал с широко открытыми глазами. Отказывался сосать грудь, хотя сцеженное молоко принимал охотно. В возрасте 5–6-ти месяцев отсутствовали эмоциональные реакции: радость, удивление, недовольство. С первых месяцев жизни мальчик не вовлекался во взаимодействие со взрослыми, не устанавливался тактильный, слуховой, зрительный контакт. В возрасте 5–6-ти месяцев не проявлял интереса к игрушкам. Первые звукокомплексы появились после года. На первом году жизни отмечались нарушение сна, аппетита, обильные срыгивания, не связанные с соматическими заболеваниями. Ребенок не использовал указательный жест. К 1,5 годам не умел пить из чашки, только из ложечки. Не переносил шум бытовых приборов, боялся зву-

ков, издаваемых животными. У родителей возникли подозрения, что ребенок неслышащий, плохо видит. Мальчик плохо переносил гигиенические процедуры (стрижку ногтей, купание). С 2,5 лет начал обнюхивать новые игрушки.

К трем годам он не умел собирать пирамидку с учетом величины колец. Выявлялись преходящее косоглазие, ходьба на цыпочках, игра пальцами перед лицом, потряхивание кистями рук.

Возраст 3 года. Психический статус в период пребывания в детском психиатрическом отделении: эмоциональный контакт затруднен. На осмотр реагирует негативно, тревожен, в процессе общения успокаивается. На фоне сильной эмоциональной реакции вскакивает с места, бежит из угла в угол, руки согнуты в локтевых и плечевых суставах, потряхивает кистями, переминается с ноги на ногу, затем начинает прыгать на месте, громко кричит. Услышав громкий звук в коридоре за дверью, закрывает пальцами уши. Регуляция поведения взрослыми затруднена. Внимание неустойчиво, быстро истощается, ребенок теряет интерес. Предметная деятельность на уровне простых манипуляций, чаще с помощью матери. Обращенную речь понимает и жестом подкрепляет. Затруднено понимание вопросных конструкций. Речевое развитие на уровне звукоподражаний и нескольких слов (мама, дай, ута, кис-кис).

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 диване, педантично отмечал место каждой игрушки и никому не разрешал нарушать порядок. Сторонился других детей на игровой площадке, предпочитал играть один. Не воспринимал новые игрушки, наблюдались эпизоды аутоагрессии при невыполнении его желаний. Во время осмотра выявилась аномалия походки с отсутствием опоры на всю стопу, неловкость и неуклюжесть. Периодически совершал стереотипные движения пальцами рук. Имели место двойственные проявления: не терпел постоянного шума, однако сам мог громко стучать.

Неоднократные попытки социализации ребенка в детском саду были unsuccessful: мальчик громко кричал, плакал, избегал детей, держался обособленно. Коррекционные занятия с логопедом проводились дома. Вначале ребенок давал протестные реакции: убегал из-за стола, громко кричал, рвал пособия. Через две недели успокоился. При виде логопеда, на слово «здравствуй», кивал головой и садился за стол. Выдерживал занятие 10 минут, после занятия требовал награду «фету» (конфету). Любил есть пирожки, тушеный картофель с мясом. Стал «помогать» маме готовить тесто для пирожков и булочек, обожал стереотипно переворачивать страницы книг. К вечеру становился возбужденным, повторял одни и те же звукоподражания, слова из мультфильмов («но-но-пого»). С течением времени стала все более заметной зависимость от погоды: в пасмурную погоду становился капризным, вялым, быстро уставал.

В возрасте 4-х лет увеличился запас слов, о себе мальчик говорил в третьем лице. С просьбами к родным не обращался, отвечал на вопросы эхоталитно с помощью жестов. Продолжал бояться громких звуков. Движения стали более координированными, хотя все равно оставался неуклюжим и неловким. Элементы сюжета в игре не появились. Игра оставалась стереотипной, сохранялся прежний порядок рассаживания игрушек на диване. Саша не дифференцировал одушевленные и неодушевленные предметы. Отсутствовал зрительный контакт «глаза в глаза». Мальчик отводил взгляд от собеседника или останавливался на какой-либо детали (очках, цепочке). Слабо реагировал на зрительные и слуховые раздражители (украшенную елку, телефонный звонок). Стремился к сохранению постоянства (не разрешал переставлять мебель, отвергал новую рубашку). Сохранялись моторные автоматизмы: раскачивания, прыжки, потряхивания руками, многократные повторения отдельных слов и звукокомплексов.

Наблюдались слабость эмоциональных реакций на близких: в магазине мальчик мог уйти от матери, выскочить на улицу и бесцельно бродить. Не терпел проявлений родительской ласки: если пытались его обнять и погладить по голове, то он отбрасывал руки родителей и сердился. В ответ на нарушение привычного хода событий становился беспокойным, тревожным, агрессивным, проявлял также аутоагрессию.

К 5-ти годам научился собирать пирамидку, усвоил основные цвета, появились понятия «большой — маленький», «один — много», увеличился пассивный запас слов.

В возрасте 5-ти лет ребенку был выставлен диагноз: ранний детский аутизм (аутизм Каннера). Умеренная умственная отсталость (IQ 45).

Назначения: трифтазин, тизерцин на ночь, ноотропные лекарственные препараты.

К 6-ти годам Саша перестал бояться детей, смотрел на их игры из-за угла, но сам участия в играх не принимал. Увеличился запас слов, он стал обращаться к родителям с просьбами. Фразы составлял односложные. В речи больше употреблял существительные, иногда объяснялся жестами, эхоталитно повторял слова и их окончания. Зажимал уши при детском крике. Походка неловкая, неуклюжая. Вместе с мамой начал рассматривать развивающие игры с картинками, буквами, цифрами. Получал 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 с трудом выдерживал 25 минут занятия. Поведение менялось в течение дня, утром оставался спокойным, вечерами, со слов родителей, превращался в «громкий аутизм, громкоговоритель»: бежал из угла в угол, гримасничал, производил вычурные движения руками, размахивал ими, как крыльями, пытаясь взле-

теть, производил червеобразные движения пальцами рук, произносил слова и фразы-штампы. На обращенную речь не реагировал, но непрерывно громко и отрывисто говорил сам с собой, назойливо тряс руками, ходил кругами. Периодически нарушался сон (вечером поздно засыпал). При присоединении к лечению 200 мг финлепсина улучшился сон, вечером стал быстрее засыпать. Начал много есть, полюбил пиццу.

К 10-ти годам: движения быстрые, присутствует неуклюжесть; питание повышенное, много говорит о еде, в частности о пище, которую готовит вместе с мамой. Речь очень громкая, на вопросы отвечает эхολалично, часто говорит о себе в третьем лице. Стереотипно трясет руками, ходит, как маятник, из угла в угол. Во время беседы врача с родителями пациента непрерывно разговаривает сам с собой, не обращая внимания на просьбу врача говорить тише. Иногда подражает голосу диктора, произносит несколько рекламных текстов. Перелистывая страницы книг, не задерживается на иллюстрациях, шумно переворачивает страницы журнала, иногда разрывает их, продолжая произносить отдельные рекламные выдержки.

К 15-ти годам с улыбкой встречает врача, называет по имени и отчеству, при ответах на вопросы в глаза не смотрит. Речь громкая, отрывистая, подражает интонации диктора, на вопрос о возрасте отвечает: «5 10 15». Научился читать самостоятельно, пересказывает прочитанный текст по вопросам. Счетные операции выполняет на конкретном материале (пальцах). Несмотря на полноту и неуклюжесть движений, у него остаются сохранными тонкие движения пальцев рук. Помогая маме, мальчик может очень аккуратно лепить пельмени и вареники, изготавливать из теста фигурки птичек, цветы, предметы обихода. Накрывая на стол, очень тонко подбирает цвета. На предложение вымыть руки, увидев мочалку, Саша мог громко начать читать стихи С.Я. Маршака «Мойдодыр». На середине стихотворения внезапно замолкал и переклочался на стереотипные фразы: «Буду бить печку, буду бить холодильник, буду бить стол». В комнате сохранял давний порядок в расстановке игрушек, одежды. Сохранял привычный маршрут к троллейбусной остановке: ходил одной и той же дорогой, садился в троллейбус голубого цвета, в номере которого должна быть цифра 6. Если родители хотели зайти в троллейбус другого цвета, кричал, топал ногами, иногда убежал с остановки. В классе сидел только в правом ряду за второй партой, предложение учителя сменить парту оборачивалось 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 логопедом сформировались обобщающие понятия. Классифицировал предметы, мог выделить «четвертый лишний», решал задачи. Выполнение заданий сопровождалась потряхиванием руками, топанием, криками.

В возрасте 16-ти лет, в период полового созревания, Саша стал возбужденным, онанировал, ссорился с родителями, проявлял агрессию. Периодически на

фоне дистимического приступа усиливалось психомоторное возбуждение: бегал по кругу, ходил взад-вперед, громко выкрикивал слова и отдельные предложения, громко смеялся, импульсивно мог ударить окружающих, не выполнял предложенные инструкции. Назначен рisperолепт в возрастных дозах.

В 18 лет Саша окончил вспомогательную школу. В сопровождении мамы продолжал посещать центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации. Занимался с психологом, дефектологом, педагогом. Продолжались частные занятия с логопедом на дому. На приеме: крупный молодой человек плотного телосложения. Светлая кожа, русые волосы. Выраженный венозный рисунок. При входе в кабинет движения расторможен, совершает стереотипные движения, сжимает руки в кулаки, потряхивает пальцами, походка остается неуклюжей, но мелкая моторика развития хорошо. Многоглаголив, озвучивает свои действия, многократно задает одни и те же вопросы, в общении присутствуют эхολалии. Речь фразовая. В письме множественные аграмматизмы. 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 зрительно. Использует обучающую помощь. Темп деятельности неравномерный, умственная работоспособность волнообразная (общий IQ 57). Электроэнцефалограмма: очаговых изменений и эпилептиформной активности не зарегистрировано. Отчетливый акцент медленноволновой активности в левом полушарии, изменения по органическому типу с заинтересованностью подкорковых структур.

С психологом Саша занимался рисованием: обматывал указательный палец в краску и раскрашивал контуры картинок. Затем стал погружать в краску ладонь и рисовать отдельные пятна на полотне. Со временем рисование стало занимать ведущую роль в его деятельности, он проводил несколько часов за этим занятием. С удовольствием лепил из пластилина отдельные фигурки зверей и цветы. Стал включаться в работу по дому, вместе с матерью чистил мягкую мебель и ковры. Помогал в приготовлении пищи. Ходил с матерью за продуктами, помогал носить тяжелые корзинки, но предпочитал одну и ту же дорогу, в магазин ездил на троллейбусе только голубого цвета. Стереотипные фразы и привычки с течением времени не исчезали, Саша повторял «и будем бить плитку, холодильник». По-прежнему он сторонился незнакомых людей и оставался многоглаголивым со знакомыми.

К 20-ти годам Саша еще более увлекся рисованием, стал с натуры рисовать птиц, подбирая краски. Мог смешивать цвета, подбирая нужные оттенки.

К 27-ми годам у Саши было написано множество натюрмортов и пейзажей. Профессиональные художники обратили внимание на точность изображения предметов, нежность оттенков и организовали в 2014-м году

молодому человеку персональную выставку. Эту выставку посетил английский принц Майкл Кентский. Молодой художник подарил ему одну из картин.

Психический статус в возрасте 27 лет. Войдя в кабинет, пациент вначале потоптался на пороге, громко поздоровался и спросил, почему доктор не посетила его выставку. Не слушая ответы, обратил внимание на вешалку и спросил, сколько там крючков, при этом, совершая стереотипные движения туловищем, заламывая пальцы, подпрыгивал на одном месте, громко смеялся. Подойдя к окну и увидев чайник, сказал: «Будем бить чайник». После слов врача: «Бить чайник нельзя, он предназначен для кипячения воды», стал повторять: «Саша пришел, Саша устал. У Саши болит голова. Саша хочет кушать». В ответ на менторский тон врача: «Сядь, пожалуйста, отвечай на мои вопросы! Какой продукт не подходит к остальным? Яблоко, помидор, груша и слива». Быстро ответил: «Помидор. Растет на грядке. Помидор овощ». На вопрос: «Чем отличается птица от самолёта?». Ответил «Оба летают, но птица живая, а самолет нет». Продолжал повторять тексты рекламы, приближая лицо то к маме, то к врачу, не обращая внимания на просьбы говорить тише, переставлял диванные подушки и мягкие игрушки, не разрешил никому сесть на диван. Потребовал приготовить чай, с удовольствием съел бутерброды, убрал посуду в раковину, помог маме помыть посуду, попросил врача проводить его до остановки. Потребовал ехать в 36 троллейбусе, несмотря на объяснения родителей, что троллейбус останавливается далеко от дома, и придется идти пешком. Саша настоял на своем желании. Показатели по шкале Векслера: вербальный IQ – 41, невербальный IQ – 45, общий IQ – 62.

Диагноз: Синдром аутизма (Каннера). Легкая умственная отсталость (IQ62). Пациент имеет вторую нерабочую группу инвалидности. Потребность в труде реализует в художественной мастерской при мужском монастыре.

Заключение

Приведенный клинический случай может служить классическим примером истории развития детей с аутизмом. У детей с аутизмом усвоение информации происходит через опыт посредника. Им необходимы систематические индивидуальные занятия с логопедом-дефектологом на протяжении многих лет, включая занятия по развитию общих понятий и разъяснение простых суждений, которые самостоятельно усваиваются здоровыми детьми более раннего возраста. История Саши показывает, что совместные многолетние усилия семьи и специалистов разных профилей: психологов, логопедов, педагогов, врачей дают возможность детям с аутизмом улучшить социальную адаптацию и качество жизни.

В случае с Сашей ведущее место в клинической картине занимает аутистический радикал, прису-

щий пациенту с раннего возраста, и приостановка в развитии. В течение дошкольного периода сохранялась отгороженность от внешнего мира, стремление к сохранению постоянства среды и ритуалов, однообразие поведения, склонность к стереотипиям. На протяжении всего наблюдения отмечались слабость эмоциональных реакций на окружающее, манипулятивный характер игровой деятельности, отсроченные эхоталии, интеллектуальное недоразвитие. В период полового созревания присоединились дистимические приступы. Школьные годы отличались постоянством аутистической симптоматики с интеллектуальным недоразвитием. Постоянная психокоррекционная работа с мальчиком, правильно выбранный образовательный маршрут явились необходимой предпосылкой для развития психических функций. В возрасте 5 лет IQ был равен 45, в 18 лет – 57, в 27 лет – 62. Несмотря на повышение интеллектуального уровня и проявившийся интерес к выполнению бытовых заданий, он сохранил те же стереотипии, интровертированность, сверхценные увлечения. После окончания школы молодой человек остается одиноким. Под руководством матери он выполняет работы по дому, занимается рисованием, лепкой, но пациент не способен налаживать полноценные отношения с другими людьми и выглядит совершенно счастливым, когда остается один. У Л. Каннера (1947) встречается выражение «крайнее аутистическое одиночество» [13]. Наш пациент «особенный» в своем развитии: несмотря на высокий рост, плотное телосложение, неуклюжесть, у него сохранились тонкие движения пальцев рук, он ловко лепит вареники из теста, фигурки из пластилина, сохранилась врожденная восприимчивость цветов и особенно их оттенков. Он пишет картины, но не может объяснить замысел сюжета, у него не хватает слов для описания. Не может также выразить радость по поводу признания его картин.

В представленном случае отсутствуют прогрессивность, продуктивная симптоматика, а также признаки углубления и смены симптоматики. С рождения наблюдается у пациента психическое недоразвитие. Не следует игнорировать недоношенность, родовую травму, истощаемость психических процессов, что подтверждает роль органического поражения ЦНС в развитии заболевания. В процессе занятий отмечается тенденция не к нарастанию, как при эндогенном процессе, а к редуцированию уровня интеллектуальной недостаточности: переход от умеренной степени к легкой. На этот органический фон наслаивается состояние «крайнего аутистического одиночества», «неопределенное стремление к постоянству» [13].

Исход заболевания Саши К. показывает результативность совместной работы врачей-специалистов, психологов, логопедов-дефектологов и семейного окружения, что может служить стимулом к постоянной настойчивой работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра, для других родителей и специалистов. ■

Литература

1. Аутизм у детей (клиника, диагностика, коррекция) / Докукина Т.В., Гаврилова Т.А., Голубева Т.С. и др.; под ред. Докукиной Т.В. Самара, 2019. 120 с.
2. Горячева Т.Г., Султанова А.С. К теоретическому обоснованию сенсомоторной коррекции при дизонтогенезе и различных патологических состояниях у детей // Методологические и прикладные проблемы медицинской психологии: коллективная монография. Москва: Сам полиграфист, 2018. С. 177–188. ISBN 978-5-94051-150-2.
3. Дорохов М.Б. Нейропсихологическая модель формирования аутистических расстройств и особенности их коррекции // Научно-исследовательские публикации. 2015. № 5 (25). С. 5–63.
4. Иванов И.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. Диагностика нарушений психического развития в раннем детском возрасте (скрининговая методика) // Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии: коллективная монография. Москва: Сам полиграфист, 2018. С. 212–221. ISBN 978-5-94051-150-2.
5. Иванов И.В., Козловская Г.В. Концептуальные идеи А.В. Снежневского и психопрофилактика в раннем детском возрасте // Психиатрия. 2014. № 3 (63). С. 18–20.
6. Иовчук Н.М. Современные проблемы диагностики в детской психиатрии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2013. Т. 13. № 2. С. 30–45.
7. Костин И.А. Психологическое сопровождение взрослеющих людей с РАС // Комплексное сопровождение детей с расстройствами аутистического спектра: сборник материалов I Всероссийской научно-практической конференции 14–16 декабря 2016 г. Москва: ФГБОУ ВПО МГППУ, 2016. С. 187–195. ISBN 978-5-94051-154-2.
8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Москва: Academia, 2002. ISBN 5-7695-1013-7.
9. Макаров И.В., Автенок И.С. Диагностика детского аутизма: ошибки и трудности // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 8. № 3. С. 74–81.
10. Рева Г.В., Гульков А.Н., Биктулова А.В. и др. Патогенез когнитивных расстройств при аутизме // Современные проблемы науки и образования. 2020. № 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=29653> (дата обращения: 15.02.2021). DOI:10.17513/spno.29653
11. Симашкова Н.В. и др. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 288 с. ISBN 978-5-9704-3841-1.
12. Courchesne E., Pramparo T., Gazestani V.H. et al. The ASD Living Biology: from cell proliferation to clinical phenotype. *Molecular Psychiatry*, 2019, vol. 24, pp. 88–107. DOI:10.1038/s41380-018-0056-y
13. Harris J.S. Kanner L. and autism: a 75-year perspective. *International Review of Psychiatry*, 2018, vol. 30, no. 1, pp. 1–15. DOI:10.1080/09540261.2018.1455646
14. Schütz M., Ciaramidaro A., Martinelli A. et al. Communicative intentions in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2020, vol. 79, article no. 101666. DOI:10.1016/j.rasd.2020.101666
15. Singhai K., Nebhinani N., Suthar N., Jain S. Autism spectrum disorder and its differential diagnosis: A nosological update. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 2019, vol. 16, no. 1, pp. 86–101.

References

1. Dokukina T.V. (ed.) Autizm u detei (klinika, diagnostika, korrektsiya) [Autism in children (clinical picture, diagnosis, correction)]. Samara, 2019. 120 p.
2. Goryacheva T.G., Sultanova A.S. K teoreticheskomu obosnovaniyu sensomotornoj korrektsii pri dizontogeneze i razlichnykh patologicheskikh sostoyaniyakh u detei [On the theoretical substantiation of sensorimotor correction for dysontogenesis and various pathological conditions in children]. In Metodologicheskie i prikladnye problemy meditsinskoj psikhologii: kollektivnaya monografiya [Methodological and applicational problems of medical psychology: collective monography]. Moscow: Publ. Sam poligrafist, 2018. Pp. 177–188. ISBN 978-5-94051-150-2.
3. Dorokhov M.B. Neiropsikhologicheskaya model' formirovaniya autisticheskikh rasstrojstv i osobennosti ikh korrektsii [Neuropsychological model of autistic spectrum disorders and features of their psychotherapy]. *Nauchno-issledovatel'skie publikatsii [Journal of Scientific Research Publications]*, 2015, no. 5 (25), pp. 5–63.
4. Ivanov I.V., Simashkova N.V., Kozlovskaya G.V. Diagnostika narushenii psikhicheskogo razvitiya v rannem detskom vozraste (skringirovaya metodika) [Diagnosing psychological development disorders in children in early age (screening method)]. In Metodologicheskie i prikladnye problemy meditsinskoj psikhologii: kollektivnaya monografiya [Methodological and applicational problems of medical psychology: collective monography]. Moscow: Publ. Sam poligrafist, 2018. Pp. 212–221. ISBN 978-5-94051-150-2.
5. Ivanov I.V., Kozlovskaya G.V. Kontseptual'nye idei A.V. Snezhnevskogo i psikhoprofilaktika v rannem detskom vozraste [A.V. Snezhnevskii's conceptual ideas and psychological prophylactic in children of early age]. *Psikhiatriya [Psychiatry]*, 2014, no. 3 (63), pp. 18–20.
6. Iovchuk N.M. Sovremennye problemy diagnostiki v detskoj psikhiiatrii [Current problems of diagnostics in child psychiatry]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov [Mental Health of Children and Adolescent]*, 2013, vol. 13, no. 2, pp. 30–45.
7. Kostin I.A. Psikhologicheskoe soprovozhdenie vzrosleyushchikh lyudei s RAS [Psychological support of growing young adults with ASD]. In Kompleksnoe soprovozhdenie detei s rasstrojstvami autisticheskogo spektra: sbornik materialov I Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii 14–16 dekabrya 2016 g. [Complex support for children with autism spectrum disorders: Proceedings of the national scientific and practical conference from December 14–16, 2016]. Moscow: Publ. Moscow State University of Psychology and Education, 2016. Pp. 187–195. ISBN 978-5-94051-154-2.

8. *Luriya A.R.* Osnovy neiropsikologii [Basics of neuropsychology]. Moscow: Publ. Academia, 2002. ISBN 5-7695-1013-7.
9. *Makarov I.V., Avtenok I.S.* Diagnostika detskogo autizma: oshibki i trudnosti [Diagnostics of autism in children: mistakes and difficulties]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya* [Social and clinical psychiatry], 2018, vol. 8, no. 3, pp. 74–81.
10. *Reva G.V., Gul'kov A.N., Biktulova A.V. et al.* Patogenez kognitivnykh rasstroystv pri autizme [Pathogenesis of cognitive disorders in autism]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education. Surgery], 2020, no. 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=29653> (Accessed 15.02.2021). DOI:10.17513/spno.29653
11. *Simashkova N.V., Klyushnik T.P. (eds.)* Kliniko-biologicheskie aspekty rasstroystv autisticheskogo spektra [Clinical and biological aspects of autism spectrum disorders]. Moscow: Publ. GEOTAR-Media, 2016. 288 p. ISBN 978-5-9704-3841-1.
12. *Courchesne E., Pramparo T., Gazestani V.H. et al.* The ASD Living Biology: from cell proliferation to clinical phenotype. *Molecular Psychiatry*, 2019, vol. 24, pp. 88–107. DOI:10.1038/s41380-018-0056-y
13. *Harris J.S., Kanner L.* and autism: a 75-year perspective. *International Review of Psychiatry*, 2018, vol. 30, no. 1, pp. 1–15. DOI:10.1080/09540261.2018.1455646
14. *Schütz M., Ciaramidaro A., Martinelli A. et al.* Communicative intentions in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2020, vol. 79, article no. 101666. DOI:10.1016/j.rasd.2020.101666
15. *Singhai K., Nebhinani N., Suthar N., Jain S.* Autism spectrum disorder and its differential diagnosis: A nosological update. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 2019, vol. 16, no. 1, pp. 86–101.

Информация об авторах

Татьяна Васильевна Докукина, доктор медицинских наук, доцент, врач-психиатр, заместитель директора по научной работе, Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Минск, Республика Беларусь, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7657-7496>, e-mail: polak0208@mail.ru

Осипчик Сергей Иванович, кандидат медицинских наук, заместитель директора по медицинской части (по психиатрии), Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», Минск, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3784-4293>, e-mail: sergeio@mail.ru

Григорьева Наталья Константиновна, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии и медицинской психологии, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4892-6182>, e-mail: maryzhdan1991@gmail.com

Алько Татьяна Николаевна, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии, Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5352-8990>, e-mail: m_montage@tut.by

Ляпыш Ольга Михайловна, врач психиатр-нарколог, Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Минск, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6696-2494>, e-mail: o.lapysh@mail.ru

Трущенко Мария Николаевна, научный сотрудник, Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Минск, Республика Беларусь, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5773-8899>, e-mail: marith@bk.ru

Information about the authors

Tatyana V. Dokukina, Doctor of Medicine, Associate Professor, Psychiatrist, Deputy Director for Research, State Institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health”, Minsk, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7657-7496>, e-mail: polak0208@mail.ru

Sergei I. Osipchik, PhD in Medicine, Deputy Director for Medicine (Psychiatry), State Institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health”. Minsk, Republic of Belarus. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3784-4293>, e-mail: sergeio@mail.ru

Natalia K. Grigorieva, PhD in Medicine, Associate Professor, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4892-6182>, e-mail: maryzhdan1991@gmail.com

Tatiana N. Alyko, Assistant of the Chair, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5352-8990>, e-mail: m_montage@tut.by

Olga M. Lapysh, Addiction Psychiatrist, State institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health”, Minsk, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6696-2494>, e-mail: o.lapysh@mail.ru

Maria N. Truschenko, Research Fellow, State Institution “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health”, Minsk, Republic of Belarus, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5773-8899>, e-mail: marith@bk.ru

Получена 30.10.2020

Received 30.10.2020

Принята в печать 09.03.2021

Accepted 09.03.2021