

Міністерство охорони здоров'я України  
Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії  
Міністерства охорони здоров'я України»

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**ЛІТВІНОВ ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ**

УДК 616.896 – 02 : 316.6

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**КЛІНІКО – ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНО –  
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ АУТИСТИЧНОГО  
СПЕКТРА У ПОВНОЛІТНІХ**

14.01.16 – психіатрія

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

О.О.Літвінов

---

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

**Науковий керівник:** Марценковський Ігор Анатолійович, кандидат  
медичних наук, старший науковий співробітник

Київ – 2019

## АНОТАЦІЯ

Літвінов О.О. *Клініко – психопатологічні та соціально – психологічні особливості розладів аутистичного спектра у повнолітніх.* – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», Київ, 2019.

Проведено комплексне порівняльне дослідження 92 підлітків та повнолітніх хворих з розладами аутистичного спектру (РАС) та шизофренією.

Група хворих на шизофренію проявила себе переважно психотичною симптоматикою або дисгармонійним дефіцитом психічних функцій. В структурі первазивних розладів переважали есенціальні соціально-комунікативні, сенсорно-моторні та специфічні перцептивні порушення.

В підлітковому віці у пацієнтів з РАС, в більшій мірі, переважали комунікативно – мовленнєві порушення. У дорослих хворих мало місце зниження якості соціальних ініціатив, на тлі емоційно-поведінкових порушень при біль-менш нормальному рівні комунікації.

Визначено, що IQ хворих групи РАС був предиктором рівня їх когнітивного функціонування в обох вікових групах і не корелював з рівнем соціального функціонування.

Доведено виражений взаємозв'язок між якістю соціальної підтримки та рівнем соціального функціонування хворих з РАС ( $R=0,981$ ;  $p < 0,001$ ). Зростання якості соціалізації хворих відбувалося із підвищенням рівня підтримки.

Науково обгрунтовані та удосконалені принципи комплексної медико-соціальної допомоги хворим з РАС в дорослому віці. Потрібно проводити скринінг будь-яких порушень розвитку та організовувати ранні втручання.

Психосоціальні інтервенції при РАС повинні відбуватися в рамках когнітивно-поведінкової терапії.

*Ключові слова:* розлади аутистичного спектра, шизофренія, психопатологія, підлітки, повнолітні, соціальна взаємність, комунікація, соціально-адаптивна поведінка.

## ABSTRACT

Litvinov A.A. *Clinical - psychopathological and social - psychological characteristics of autism spectrum disorders in adults*. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation for the degree of the candidate of medical sciences in specialty 14.01.16 – psychiatry. – State Enterprise "Scientific-Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of Ukraine", Kiev, 2019.

A comprehensive comparative study of 92 adolescents and adults with autism spectrum disorders (ASD) and schizophrenia examined clinical polymorphism and futures of the social functioning of patients in different age groups.

Cohort of schizophrenia manifested itself primarily by psychotic symptoms or by the deficits of the mental functions. In the structure of pervasive disorders prevailed essential social communicative, sensoric-motoric and perceptual disturbances.

The adolescents mostly dominated in communicative and speech violations. Adults showed a decline of the quality of social initiatives, on a background of emotional and behavioral disorders with intermediate level of the communication.

It was determined that the IQ-level of the patients with ASD was a predictor just of the cognitive functioning in both age groups, but not of the social functioning.

It's proved strong interconnection between the quality of social support and the level of the social functioning of randomized patients with ASD ( $R = 0,981$ ;  $p < 0.001$ ). Improving the quality of socialization of patients occurred with higher level of support.

Scientifically grounded and improved the principles of the medical and social care for patients with ASD in adulthood. It is necessary to provide screening of the any developmental disorders and organize early interventions. Psychosocial intervention in ASD should have a form of the cognitive-behavioral therapy.

*Keywords:* autism spectrum disorders, schizophrenia, psychopathology, adolescents, adults, social reciprocity, communication, social and adaptive behavior.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

**Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації**

1. Літвінов О.О. Розлади спектру аутизму у дорослих / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2013. – № 4(75). – С. 78 – 80.
2. Літвінов О.О. Віковий поліморфізм при первазивних порушеннях розвитку / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2014. – № 1 (76). – С. 28 – 35.
3. Літвінов О.О. Первазивні порушення розвитку та шизофренія: аспекти диференційної діагностики / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2014. – № 2 (77). – С. 96 – 99.
4. Літвінов О.О. Розлади спектру аутизму у дорослих / О.О. Літвінов // Вісник асоціації психіатрів України. – 2014. – № 2 – 3. – С. 36 – 39.
5. Літвінов О.О. Особливості клінічного перебігу розладів аутистичного спектру в різних вікових групах / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2015. – № 2 (81). – С. 99 – 103.
6. Літвінов О.О. Клініко – динамічні особливості розладів аутистичного спектра у повнолітніх / О.О. Літвінов // Ліки України. – 2015. – № 4 (25). – С. 108 – 110.
7. Літвінов О.О. Соціальна та медична допомога хворим на аутизм в дорослому віці (вітчизняні реалії та світовий досвід) / О.О. Літвінов, І.А. Марценковський // Здоров'я України. – 2013. – № 4 (27). – С. 42 – 43.
8. Літвінов О.О. Розлади спектру аутизму у підлітків та дорослих / О.О. Літвінов // Нейроньюс. – 2014. – № 1 (56). – С. 2 – 3.
9. Літвінов О.О. Розлади спектру аутизму у підлітків та дорослих / О.О. Літвінов // «Очерки детской психиатрии. Аутизм», Здоров'я України. Медичні журнали. – Київ, 2014. – С. 187 – 191.
10. Літвінов О.О. Розлади аутистичного спектра та ендогенно – процесуальна патологія: тільки факти / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2015. – № 3 – 4 (82 – 83). – С. 34 – 40.

11. Літвінов О.О. Клінічний поліморфізм первазивних порушень розвитку у підлітків та дорослих / О.О. Літвінов // Нейроньюс. – 2015. – № 6 (70). – С. 56 – 58.

12. Літвінов О.О. Особливості клінічного перебігу та соціальної дезадаптації при первазивних порушеннях розвитку у повнолітніх. Диференціація із шизофренією / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2015. – № 2 (81). – С. 128.

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	10
ВСТУП.....	11
РОЗДІЛ 1 РОЗЛАДИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА (ІСТОРІЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ КАТЕГОРІЇ, ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ АУТИЗМУ У ДОРΟΣЛИХ, ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	21
1.1 Схожість із шизофренією.....	23
1.2 Самостійність, соціальна адаптація, коморбідні розлади при розладах аутистичного спектра під час дорослішання.....	25
1.3 Нейроанатомічні та нейрокогнітивні зміни під час дорослішання і старіння при розладах аутистичного спектра.....	30
1.4 Методи лікування.....	32
РОЗДІЛ 2 ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРІАЛУ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	35
РОЗДІЛ 3 КЛІНІКО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА У ПОВНОЛІТНІХ.....	40
3.1 Диференційна діагностика із шизофренією.....	40
3.1.1 Соціально – демографічні показники основної групи та групи порівняння.....	41
3.1.2 Клінічна типологія груп порівняння за PANSS.....	48
3.1.3 Клінічна типологія груп порівняння за ADI-R.....	55
3.1.4 Коморбідна психічна патологія в групах порівняння.....	67
3.1.5 Порівняння методів терапії групи розладів аутистичного спектра та групи шизофренії.....	69
3.1.6 Клініко – динамічні особливості груп порівняння за авторською уніфікованою картою обстеження хворих.....	74
3.2 Особливості соціального функціонування хворих з розладами аутистичного спектра по досягненні повноліття.....	78

3.2.1 Соціально – демографічні показники розладів аутистичного спектра у підлітків та дорослих.....	78
3.2.2 Клініко – динамічні особливості розладів аутистичного спектра у підлітків та дорослих.....	82
3.2.3 Клініко – динамічні особливості підлітків та дорослих з розладами аутистичного спектра за авторською уніфікованою картою обстеження хворих.....	95
3.2.4 Соціальна інтеграція та когнітивне функціонування підлітків та дорослих з розладами аутистичного спектра.....	98
3.2.5 Коморбідна патологія в основній групі дослідження.....	100
3.3 Вплив соціальної підтримки на рівень соціального функціонування хворих з розладами аутистичного спектра.....	102
РОЗДІЛ 4 ВИМОГИ ДО МЕДИКО – СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ПОВНОЛІТНІМ ХВОРИМ НА АУТИЗМ .....	109
4.1 Загальні принципи допомоги.....	110
4.2 Загальна характеристика психосоціальних втручань з приводу основних симптомів розладів аутистичного спектра.....	113
4.3 Біомедичні (фармакологічні, фізичні та дієтичні) втручання.....	114
4.3.1 Рекомендації до лікування основних симптомів розладів аутистичного спектра.....	114
4.3.2 Рекомендації щодо втручань з приводу зухвалої поведінки.....	114
4.3.3 Рекомендації до організації медико-соціальної допомоги підліткам та дорослим з розладами аутистичного спектра.....	116
4.4 Профілактика виникнення розладів аутистичного спектра.....	117
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	120
ВИСНОВКИ.....	130
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	133
ДОДАТОК А.....	153
ДОДАТОК Б.....	160
ДОДАТОК В.....	163

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГАМК – гамааміномасляна кислота

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МКХ-10 – Міжнародна класифікація захворювань 10-го перегляду

МОН – Міністерство освіти та науки

МРТ – магніто-резонансна томографія

ОКР – obsесивно-компульсивний розлад

ППР – первазивні порушення розвитку

РАС – розлади аутистичного спектра

СДУГ – синдром дефіциту уваги та гіперактивності

ADI-R – напівструктуроване діагностичне інтерв'ю аутизму

ADOS – напівструктуроване оцінювання аутистичної поведінки

CDC – Американський центр з контролю захворювань

CNVs – структурні варіації мутацій

DSM-5 – діагностична класифікація психічних захворювань американської психіатричної асоціації 5-го перегляду

IQ – коефіцієнт інтелекту

PANSS – шкала оцінки позитивних, негативних та загальних психопатологічних синдромів шизофренії

R – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена

Sch. – шизофренія

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Останні дослідження свідчать, що близько 1 % дитячої популяції страждає на розлади аутистичного спектра (РАС) [6, 80, 81]. Розповсюдженість РАС серед дорослого населення становить 1,8 % серед чоловіків та 0,8 % серед жінок [16]. Середня розповсюдженість обох вищеназваних вікових груп складає 1 % населення земної кулі [81]. В кінці минулого століття аутизм вважався рідкісним захворюванням. За останнє десятиріччя ситуація докорінно змінилася. Рівень діагностики стрімко зріс, була проведена низка досліджень розладів аутистичного спектра (РАС) в різних вікових групах (С.І. Табачников, Р.В Рахманов, 2016). За інформацією Американського центру з контролю захворювань (CDC), розповсюдженість РАС в 2000 році дорівнювала 1 випадок на 150 дітей [44, 80]. Наразі, вони є одними з найпоширеніших інвалідизуючих захворювань в структурі сучасної психіатричної нозології [6, 81].

За інформацією Міністерства Охорони Здоров'я (МОЗ) України показник поширеності РАС стабільно зростає за останні кілька років: в 2007 він зріс на 28,2 %; в 2008 – 32 %; в 2009 – 27,2 %; в 2010 – 35,7 %; в 2011 – 21,2 %; в 2012 – 25,3 %. Офіційно зареєстрована захворюваність на РАС в Україні, лише з 2008 по 2012 рік, зросла в 2,35 рази з 2,4 до 5,8 на 100 000 дитячого населення. Незважаючи на значне зростання, абсолютні показники поширеності РАС в Україні залишаються істотно нижчими порівняно з показниками країн Європи та США [166, 168, 169]. За даними Міжнародної асоціації «Аутизм – Європа» кожна 88 дитина в Європі має ознаки розладів загального розвитку та потребує медико-психологічної допомоги. Під наглядом дитячих психіатрів України в 2011 році перебувало 2227 дітей з РАС, поширеність розладів становила 27,8 на 100 000 дитячого населення; в 2012 році під наглядом знаходилось 2791 хвора дитина [168]. Протягом 2008 року вперше було встановлено діагноз РАС 198 хворим та взято їх на облік, в

2011 – 342 хворих та в 2012 році – 466 хворих дітей [168]. Діагностована захворюваність на розлади аутистичного спектру в Україні, з 2006 по 2014 рік, зросла в 3,7 разів недостатнім [167]. Таким чином, рівень діагностики розладу в нашій державі є недостатнім [169].

В Україні аутизм майже не діагностувався до 2006 року [169]. Його діагностували як дитячу шизофренію, психози раннього віку [169]. Внаслідок дефіциту ресурсів та кваліфікованих фахівців, складність діагностики РАС значно поглиблюється. Особливо, це стосується ранньої діагностики в дитячому віці, коли розмежування первазивних порушень розвитку (ППР) та шизофренії ускладнюється наявністю у багатьох дітей специфічних порушень сенсо-моторного розвитку, мовлення та соціо – когнітивного дефіциту, які на поведінковому рівні є психопатологічними особливостями обох розладів, окрім специфічних діагностичних ознак [23, 25, 110].

Шизофренія є хронічним психотичним розладом, що поширений серед ~ 1 % відсотка населення земної кулі. Захворювання маніфестує, як правило, в підлітковому або ранньому дорослому віці та включає в себе психотичні (позитивні, негативні) та когнітивні симптоми. Позитивні симптоми – це ознаки, які відсутні у здорових людей, але з'являються внаслідок перебігу патологічного процесу. Діагностично вагомими з них – це порушення мислення, сприйняття, рухові розлади. Негативні симптоми – це недостатність або відсутність функцій, які зазвичай присутні в нормі, в тому числі соціальна ізоляція, апатія, ангедонія та поведінкові персеверації. Когнітивними симптомами шизофренії є порушення виконавчих функцій, погіршення пам'яті та уваги [158].

Аутизм та інші первазивні порушення розвитку маніфестують, як правило, з 6-місячного віку, найчастіше в 2-3 роки та тривають протягом усього життя [110, 155]. Основні прояви РАС полягають в значних порушеннях соціо – комунікативних інтеракцій та обмеженій стереотипній поведінці [95]. Розповсюдженість РАС, як і при ендогенних захворюваннях,

оцінюється в  $\sim 1$  %. Однак, відповідно даним канадських вчених, поширеність ППР щорічно збільшується приблизно на 15 % [44].

З появою нових досягнень в генетиці та нейробіології, чимало спеціалістів позиціонують присутність певних зв'язків між ППР та шизофренією. Хоча, існує дефіцит епідеміологічних досліджень в цій області, існують докази спільних генетичних факторів розвитку обох розладів. З'ясувалося, що делеції хромосом, які асоційовані з шизофренією також пов'язані з аутизмом, розладом дефіциту уваги та розумовою відсталістю [19].

Беручи до уваги ранній початок та схожість клінічної картини ППР та шизофренії, можна оцінити важкість їх диференційної діагностики [166]. Психозам, як і аутизму, притаманна соціальна ізоляція, порушення комунікації та поганий зоровий контакт, що в даному випадку є негативною симптоматикою [105]. В той же час, аутисти, при змінах рутини, які є для них стресовими, стають тривожними, афективно нестабільними, мають неупорядковане мислення та вольові порушення [11]. Існують певні дані, які вказують на те, що деякий відсоток людей з ППР переживають вербальні та зорові галюцинації, як хворі на шизофренію [17, 30, 150, 151].

Деякими фахівцями також припускається можливість коморбідності шизофренії та аутизму, як проявів подібних за етіопатогенетичною сутністю порушень нейророзвитку. Науковці кваліфікують таку коморбідність, як *multiplex developmental disorder (MDD)* [17, 30, 150, 151]. Світовий досвід свідчить, що серед психічних захворювань у дітей в 28 % випадків присутня дана патологія [111].

В сучасному науковому середовищі існує припущення, що у хворих на аутизм високим є ризик розвитку психозу, і, порушення нейророзвитку, типове для ППР, може представляти альтернативну «entry-point» в загальний психотичний патогенез із шизофренією [145]. Зарубіжні дослідження показали, що із настанням дорослого віку психоз розвивається у 64 % дітей з MDD [133, 151].

З часу введення дефініції РАС у міжнародні діагностичні класифікації парадигма аутизму декілька раз змінювалася; неодноразово переглядалися критерії діагностики, методи лікування та превенції. Наразі, загально визнаною є концепція порушеного нейророзвитку [159]. Цей факт робить очевидною наявність патофізіологічної схожості порушень розвитку мозку для обох захворювань у віці їх приблизного маніфестування. Але патогенетичні зв'язки не підтримують модель, в якій одна патологія трансформується в іншу. З подальшим розвитком патологічного процесу, патоморфози ППР та шизофренії відбуваються в паралельних площинах і дедалі мають все менше спільного.

Ще в 1971 році відбулося концептуальне відділення РАС від шизофренії. Доктор Kolvin був першим, хто описав тяжкість і частоту предпсихотичних порушень розвитку при дитячій шизофренії. Він розмежував дані захворювання на основі симптоматичних відмінностей (комунікативний і моторний дефіцити, недостатність у формуванні соціальних зв'язків), сімейного анамнезу, та різної відповіді на лікування дорослих респондентів [84].

Таким чином, на сьогоднішній день не залишилося сумнівів у існуванні такої нозологічної одиниці як РАС та її концептуальних відмінностях від ендогенно – процесуальних психозів. Кожна з названих нозологій має чітко визначені діагностичні критерії та методологічні процедури з діагностики [32, 142].

Більшість наукових досліджень присвячені пошуку етіологічних чинників РАС, що дозволяє вдосконалювати і розробляти ефективні та доступні лікувальні, абілітаційні і реабілітаційні стратегії, профілактичні заходи.

Незважаючи на прогрес в психіатрії за останні 10 років, більшість сучасних досліджень сфокусовані на дітях і лише окремі дослідження виконані на нечисленних вибірках дорослих хворих. Питання перебігу первазивних розладів розвитку в дорослому віці, питання їх кваліфікації та

диференційної діагностики досліджено недостатньо. Наразі, мало що відомо про дорослішання та старіння пацієнтів, що страждають на РАС.

Зростання кількості дорослих пацієнтів з аутизмом звертає на себе увагу суспільства, підвищуючи тим самим вимоги до якості медико – соціальних послуг та розширення їх спектра. На сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України якість медичного обслуговування вважається основною цільовою функцією і, водночас розглядається як основа національної політики у сфері охорони здоров'я (Наказ МОЗ України від 01.08.2011р. №454 «Про затвердження концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я України на період до 2020 р.»).

Отже, недостатність клінічних знань про віковий патоморфоз РАС, недосконалість принципів соціально – медичної допомоги повнолітнім хворим та соціальна значущість даного питання обумовили вибір теми дисертаційного дослідження: «Клініко-психопатологічні та соціально-психологічні особливості розладів аутистичного спектра у повнолітніх».

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота виконана у відділі психічних розладів дітей та підлітків ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» в межах планової науково – дослідної роботи «Розробка комплексної системи організації медико – соціальної допомоги при психічних розладах з високими рівнями інвалідизації (на прикладі шизофренії та розладів спектру аутизму)», 2013-2015 рр, № держреєстрації 01113U00072. Автором підготовлена глава даної науково-дослідної роботи «Віковий поліморфізм при первазивних порушеннях розвитку».

Також дисертаційна робота відповідає міжвідомчій комплексній програмі «Здоров'я нації», затвердженої Постановою Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 року № 14 (розділи IV (пп.1, 5, 11), XVI (пп. 2, 4, 7) та Європейському плану дій з охорони психічного здоров'я, прийнятого Європейською конференцією ВООЗ на рівні міністрів охорони психічного

здоров'я у Гельсінкі, 12-15.01.2005 року (розділи 1 (пп. I, II, III, VI, XI), 6 (пп. III), 9 (пп. I).

Тема дисертаційної роботи затверджена на засіданні Вченої ради ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» від 30.01.2013 р. (протокол № 1).

**Мета дослідження:** науково обґрунтувати та удосконалити принципи медико-соціальної допомоги повнолітнім з розладами аутистичного спектра на основі дослідження їх клініко-психопатологічних особливостей, показників соціального функціонування, віку первинної діагностики та якості соціальної підтримки.

Для досягнення зазначеної мети поставлені наступні **задачі:**

1. Визначити особливості соціального і когнітивного функціонування, а також клінічної типології розладів аутистичного спектра і шизофренії в дорослому віці.

2. Визначити соціально-демографічні, клініко-пато психологічні особливості розладів аутистичного спектра у повнолітніх.

3. Дослідити вплив віку первинної діагностики та початку терапії на тяжкість симптоматики розладів аутистичного спектра та рівень соціального функціонування у повнолітніх хворих.

4. Дослідити взаємозв'язок між якістю соціальної підтримки та рівнем соціального функціонування повнолітніх пацієнтів з розладами аутистичного спектра.

5. Науково обґрунтувати та удосконалити принципи медико-соціальної допомоги хворим з розладами аутистичного спектра в дорослому віці.

*Об'єкт дослідження* – розлади аутистичного спектра (первазивні порушення розвитку) у повнолітніх.

*Предмет дослідження* – психічні розлади та обмеження соціального функціонування при розладах аутистичного спектра у повнолітніх, принципи медико – соціальної допомоги.

*Методи дослідження:* соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, клініко-катамнестичний, статистичний.

Соціально-демографічний метод застосовано для вивчення статевих, вікових характеристик хворих, рівня їх освіти, сімейного і професійного статусу.

Клініко-анамнестичний метод використано для оцінки даних анамнеза життя хворих і анамнезу їх захворювання.

Клініко-психопатологічний метод використано для виявлення ступеню проявів основних та супутніх клінічних симптомів розладів аутистичного спектра.

Психодіагностичний метод реалізовано використанням комплексу психодіагностичних методик: скороченого переліку оціночних категорій напівструктурованого діагностичного інтерв'ю аутизму (ADI-R), клінічної шкали позитивних, негативних та загальнопсихопатологічних синдромів шизофренії (PANSS), шкали оцінки інтелекту у дорослих за Векслером (WAIS).

Клініко-катамнестичний метод застосовано для вивчення медичної документації.

Статистична обробка відбувалася з використанням стандартних пакетів прикладних програм Microsoft Excel 2014 та SPSS Statistics 17.0. Для оцінки статистичної значущості клінічних результатів визначалась середня похибка показників ( $m$ ).

**Наукова новизна отриманих результатів** полягає в тому, що:

- *вперше проведено порівняльне дослідження особливостей клінічних проявів розладів аутистичного спектру у повнолітніх;*
- *вперше визначені фактори, що впливають на рівень соціального функціонування хворих із розладами аутистичного спектра в дорослому віці;*
- *науково обґрунтовані та удосконалені принципи медико – соціальної допомоги хворим з розладами аутистичного спектра в дорослому віці.*

**Практичне значення** мають виявлені та описані в роботі клініко – психопатологічні та соціально – психологічні індикатори розладів аутистичного спектра у підлітків та повнолітніх осіб, стратегії їх лікування та реабілітації, а також адаптація до стандартів національної системи охорони здоров'я.

Розроблені дисертантом науково обгрунтовані рекомендації щодо комплексної медико-соціальної допомоги даному контингенту пацієнтів дозволяють сформулювати комплекс заходів з профілактики несприятливого перебігу РАС, інвалідизації, забезпечити їх соціальну інклюзію.

**Впровадження результатів дослідження.** Результати дослідження використані при підготовці Адаптованої клінічної настанови та Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Розлади аутистичного спектра (Розлади загального розвитку)», Наказ МОЗ від 15.06.2015 № 341 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при розладах аутистичного спектра».

Результати дослідження впроваджені в практику ТМО «Психіатрія» в місті Києві, Київського міського психоневрологічного диспансеру № 2, Харківського міського психоневрологічного диспансеру № 3, Азербайджанської клініки BRIUT, а також в навчальний процес: кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини з курсом фізичного виховання та здоров'я Харківського національного медичного університету; Прилуцького гуманітарно – педагогічного коледжу ім. І.Я.Франка; кафедри здоров'я людини, фізичного виховання та спорту Кіровоградського інституту розвитку людини Університету «Україна».

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація є самостійною науковою працею.

Автором визначено актуальність теми, сформульовано мету та задачі дослідження, проведено аналітичний огляд наукової літератури за проблемою, що вивчалась.

Самостійно здійснено весь обсяг досліджень, в тому числі опрацювання отриманих результатів, їх узагальнення та інтерпретацію.

Дисертантом самостійно сформовано базу даних, виконано їх математично-статистичну обробку, оформлено таблиці та ілюстративний матеріал, написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки.

Автором особисто розроблено основні теоретично – практичні положення дисертаційної роботи і проведено впровадження отриманих результатів в практику системи охорони здоров'я України.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації викладені в доповідях на конференціях, симпозіумах, семінарах: конференції недержавних організацій, батьків та фахівців, що опікуються людьми з розладами аутистичного спектра «Аутизм в Україні – виклики та шляхи вирішення» (Київ, 5 квітня 2013 р.); семінари Міністерства охорони здоров'я України для лікарів – дитячих психіатрів, лікарів–педіатрів, лікарів–дитячих неврологів Одеської, Херсонської, Миколаївської областей «Програмно – цільове обслуговування дітей з розладами спектру аутизму відповідно до клінічного протоколу МОЗ наказ від 15.02.2010 № 108» (Одеса, 26 червня, 2013); семінари Міністерства охорони здоров'я України для лікарів – дитячих психіатрів, лікарів – педіатрів, лікарів – дитячих неврологів Дніпропетровської та Запорізької областей «Програмно – цільове обслуговування дітей з розладами спектру аутизму відповідно до клінічного протоколу МОЗ наказ від 15.02.2010 № 108» (Дніпропетровськ, 10 вересня, 2013); центрально-азіатському форумі «Аутизм – проблемы и решения» (Таджикістан, Душанбе, 6 лютого 2014 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання соціальної і судової психіатрії XXI століття» (Київ, 25-26 вересня 2014 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Методологічні та правові аспекти діагностики, терапії та

соціальної допомоги при психічних та поведінкових розладах у різних вікових групах» (Київ, 23-24 квітня 2015 р.); науково-практичному семінарі «Розлади аутистичного спектру: впровадження сучасних терапевтичних стратегій в Україні» (Львів, 25 вересня 2015 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я» (Київ, 14-15 квітня 2016 р.).

**Публікації.** Теоретичні та практичні матеріали дисертаційного дослідження викладено у 12 наукових працях, в тому числі 5 статей у наукових фахових виданнях (згідно з переліком МОН України), з них 5 – одноосібних; 1 – в журналі, що входить до міжнародної наукометричної бази даних.

**Структура і обсяг дисертаційної роботи.** Дисертацію викладено на 174 сторінках машинопису). Робота складається із вступу, огляду літератури, трьох розділів власних досліджень, аналітичної глави, висновків, списку використаних джерел, додатку А, додатку Б, додатку В. Матеріали дисертації проілюстровано 21 таблицею та 20 малюнками. Бібліографічний список містить 181 джерело, з яких 16 з кириличною та 165 з латинською символікою.

## РОЗДІЛ 1

### РОЗЛАДИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА (ІСТОРІЯ ДІАГНОСТИЧНОЇ КАТЕГОРІЇ, ПОГЛЯДИ НА ДІАГНОСТИКУ АУТИЗМУ У ДОРΟΣЛИХ, ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

В даному розділі приведено висвітлення питання дорослішання та старіння при аутизмі в науковій медичній літературі. Як виявилось, на даний час існує не багато тематичних та порівняльних досліджень повнолітніх з РАС. Ті, що завершилися, доповідають про адаптивні можливості та їх трансформацію з віком, рівень соціалізації та благополуччя дорослих аутистів.

Аутизм, виявлений Каннером та Аспергером на початку 40-х років минулого століття, є відносно «сучасним» діагнозом, широко увійшовшим в клінічну практику в 1960-х роках, але, без сумніву, не є сучасним феноменом [65, 76]. Перша група ідентифікованих тоді аутистів, в наш час подорослішала та вступила в період старості [134].

За сучасними уявленнями аутизм є частиною спектру споріднених станів, для яких характерні соціальний, комунікативний дефіцити та наявність повторюваної поведінки [142]. Аутизм зустрічається серед представників всіх соціальних верств населення, в усіх регіонах світу [35, 36]. Хлопчики хворіють на аутизм приблизно в 4 – 5 разів частіше, ніж дівчатка [14, 16, 77, 119].

Загальна концепція аутизму та, відповідно, діагностичні критерії захворювання знаходяться в стадії формування [60]. За останні два десятиріччя методика діагностики первазивних розладів суттєво змінилася [143]. Діагностичні критерії аутизму постійно переглядаються в бік їх розширення.

В американській DSM-5 переглянуті діагностичні критерії розладу і замість класичної тріади симптомів РАС введені дві сфери порушень:

дефіцит соціальної комунікації та обмежені, повторювані форми поведінки [32]. Також, діагностичні критерії РАС в DSM-5 додатково передбачають виділення гіпер- і гіпоактивності сенсорного сприйняття і кваліфікацію незвичайних сенсорних інтересів [32]. Введена оцінка тяжкості РАС, на основі виділення діагностичних категорій «потребують підтримки», «потребують суттєвої підтримки» і «потребують дуже істотної підтримки» [32].

Спрощення діагностичного алгоритму дозволило знизити витрати на діагностику, сприяючи також підвищенню її специфічності [144].

Вважається, що аутизм може бути пов'язаний з різними біологічними чинниками. Однією з причин його розвитку є генетичний поліморфізм, зокрема мутації гена *contactin-4*, що відповідає за диференціацію міжнейрональних зв'язків. Описана низка інших мутацій, асоційованих із РАС, проте за рахунок генетичного поліморфізму можна пояснити не більше 4 % випадків захворювання. Інші фактори, зокрема середовищні, також беруть участь в розвитку розладу [20].

На даний момент існують декілька концепцій, що пояснюють появу аутизму: 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 імуної системи на «тригер», наприклад, вакцинацію), метаболічна теорія (порушення обміну речовин, фенілкетонурія, наслідком якої може бути розумова відсталість), або неврологічна, зумовлена, наприклад, наявністю у дитини епілептичної енцефалопатії [27].

Ряд дослідників роблять наголос на поліетиологічності РАС, пов'язуючи їх походження з органічними, реактивними причинами, наслідками порушення симбіозу між матір'ю та дитиною, – порушеннями адаптаційних механізмів у незрілої особистості [97, 116, 120, 129].

Більшість науковців протягом останнього десятиріччя дотримуються сучасної концепції, що вважає РАС системними порушеннями розвитку

мозку, яке пояснюється взаємодією генетичних та середовищних чинників [62, 108].

Доки не ідентифіковані специфічні біологічні маркери, РАС виявляються за поведінковою симптоматикою [20]. Для якісної діагностики ППР є два найчастіше використовуваних інструментарія: напівструктуроване оцінювання аутистичної поведінки (ADOS) та напівструктуроване діагностичне інтерв'ю аутизму (ADI – R) [65, 70, 72, 164]. Ці інструментарії є валідними у дітей з 18 – місячного віку та у дорослих.

Типові клінічні прояви ППР виявляються у дітей до 3 – х років, але діагноз може бути встановлений набагато пізніше, особливо в атипових та складних випадках [104]. В останні роки значно зросла кількість пацієнтів, яким вперше діагностовано РАС в дорослому віці [119, 123]. Зазначені хворі не є еквівалентними до тих, ідентифікованих в дитинстві, що входять у зрілість. Це окрема група, яка має свій особливий діапазон адаптивних можливостей [61, 65, 66, 78, 127].

Дуже багато осіб, що страждають на аутизм, мають супутню інтелектуальну недостатність та/або сенсорні розлади, що супроводжуються руховою гіперактивністю і стереотипіями, грубими порушеннями емоційної когніції та соціальної перцепції [60, 95, 96, 156, 165]. Незважаючи на складнощі у багатьох сферах життя та діяльності, завдяки підтримці професіоналів та спеціально розробленим тренінговим програмам, багато пацієнтів з РАС демонструють високий рівень адаптації та широкий набір навичок [77, 143, 166]. Однак, без професійної підтримки, хворі часто не здатні користуватися своїми навичками [77, 126].

### 1.1. Схожість із шизофренією

Не дивлячись на те, що до цього часу не проводилось системних порівняльних досліджень геномного зв'язку ППР та шизофренії, є дані про функціональну єдність кальцієвих каналів, які являються невід'ємною

частиною пресинаптичної функції обох фенотипів [19, 103]. Функціонально, при обох нозологіях спостерігається однакова модель дефіциту нейрональної активності в правій мигдалині, веретеноподібній звивині та префронтальній корі під час виконання соціально – когнітивних функцій [102, 128, 159].

Також встановлено, що на клітинному рівні змінюється спільний маркер даних розладів – Реєлін. Так як, Реєлін надає сигнали мігруючим клітинам, припускається, що його недостатність може призводити до появи ранньої патології нейророзвитку, до якої залучені як ППР так і шизофренія [41].

Якщо розглядати спільну траєкторію розвитку патологій з точки зору нейрохімії, то в деяких пацієнтів з ППР, як і у хворих на психоз, спостерігається порушення синтезу серотоніну та дисфункція його рецепторів [1, 86].

Преморбідні порушення розвитку при шизофренії не є новою концепцією і, власне, сама шизофренія давно розглядається науковцями як порушення нейророзвитку [54, 159]. Наразі, існує чимало досліджень, які свідчать про затримку розвитку, яка передувала маніфестації психозу [34, 71, 73]. Подібна ситуація була зафіксована при ППР, де ті ж самі дефіцити відмічались у 28-55 % дітей [158]. Дані результати було повторено багатьма авторами в численних дослідженнях [111, 132].

За останнє десятиріччя вчені з'ясували, що при обох розладах мають місце хромосомні аномалії. Структурні варіації мутацій (CNVs) при цьому є спонтанними та випадковими і не переносяться батьками, не зважаючи на генетичну обумовленість РАС. Дослідники виявили, що деякі CNVs, притаманні шизофренії, зустрічаються також при аутизмі [18, 111].

Авжеж, достатньо очевидна наявність патофізіологічної схожості порушень розвитку мозку для обох захворювань у віці їх приблизного маніфестування. Як шизофренія, так і аутизм належать до хронічних інвалідизуючих захворювань з подібними показниками поширеності,

порушень в сфері соціальної реципрокності, соціальної перцепції та комунікації [133].

Ендогенні психози з аутизмом мають також подібні порушення мозку, як то мікроструктурні порушення мозочка, острівної кори півкуль і веретеноподібної звивини [40, 145]. В деякому сенсі вони навіть перекриваються по симптоматиці, що стосується недостатньої соціалізації, комунікації, емоційно – вольових порушень [13]. Але патогенетичні зв'язки не підтримують модель, в якій одна патологія трансформується в іншу. З подальшим розвитком патологічного процесу, патоморфози РАС та шизофренії відбуваються в паралельних площинах і дедалі мають все менше спільного [25].

## 1.2. Самостійність, соціальна адаптація, коморбідні розлади при РАС під час дорослішання

При переході від дитинства до дорослого життя хворі на РАС зустрічають багато проблем, основна з яких – відсутність соціальної підтримки, що значно впливає на обмеження їх адаптивних можливостей [22, 64, 67, 77, 107, 118].

Однак, не зважаючи на значний соціально – комунікативний дефіцит, деякі пацієнти здатні жити самостійно, створювати власну сім'ю, заводити багато друзів та бути конкурентоздатними на ринку праці [7, 42, 67, 69, 122].

Дослідниками відмічено, що пацієнти з коморбідною розумовою відсталістю мають гірші адаптивні можливості в зрівнянні з тими, чий коефіцієнт інтелекту (IQ) в межах норми [8, 29, 64, 66, 82, 117]. Це дає змогу зробити припущення, що рівень IQ може бути прогностичним фактором при РАС [10, 64]. Тим не менш, дослідження показали, що навіть багато з тих, чий IQ був вищим від 70 балів, у дорослому житті мали низький рівень соціальної адаптації, низький рівень самостійності та професійних досягнень [22, 37, 143]. Також дослідники відзначили, що серед цієї групи хворих була

поширена коморбідна психічна патологія (депресія, тривога та епілепсія), тим більше, чим сильніше була залежність від підтримки сім'ї або інших соціальних інститутів [12, 22, 162].

Отже, пацієнти з нормальним рівнем IQ мають більш благоприємний прогноз, але, в той же час, лікарі та багато інших служб, що опікуються хворими з РАС, постають перед більшою кількістю проблем. Це відбувається завдяки можливості високофункціональних хворих активніше та в більшому діапазоні діяти в усіх сферах життя, ніж ті, що мають коморбідну розумову відсталість [146]. Їх можливості різноманітніші, а функціональність, як наслідок, більш непередбачувана та важко прогнозована [119].

Howlin et al. дослідили 68 осіб у віці 21 – 48 років (середній вік 29 років), яким РАС діагностовано в дитинстві. Результати вимірювалися за стандартизованими мовними, когнітивними тестами та оцінюванням досягнень. Дані про соціальні, комунікативні та поведінкові проблеми отримали за допомогою Autism Diagnostic Interview. В більшості випадків досліджувані показали відносно несприятливі результати. Тільки декілька з пацієнтів жили самотійно, мали близьких друзів або постійну роботу, і їх достатній рівень адаптації був тісно пов'язаний з рівнем інтелекту. Однак, у них зберігалися соціальні та комунікативні порушення, так само як і повторювана поведінка [10].

Billstedt et al. повідомили про дослідження 120 пацієнтів з діагностованим в дитинстві РАС, з подальшою їх оцінкою через 13 – 22 роки, коли хворі були у віці 17 – 40 років. Результат був оцінений як поганий в 78 % випадків, при наявності лише декількох самотійних респондентів. В даному випадку IQ знову виявився міцним прогностичним фактором [12].

Hofvander et al. при дослідженні 120 хворих у віці 16 – 60 років, з вперше діагностованим ППР в дорослому віці, вияснили, що рівень освіти в обстежених був відносно високим (чверть з них закінчили коледж чи університет) та 43 % були працевлаштовані або навчалися на той час. Половина пацієнтів, хто був старше 23 років, проживали самотійно [133].

Кращі результати цього дослідження, в порівнянні з попереднім, де РАС були діагностовані в дитинстві, можливо, відображають розширення діагностичних критеріїв первазивних порушень в останні десятиріччя та, як наслідок, включення до цієї дефініції більш тонких її форм.

Також автори відмічають наявність коморбідної патології в даній групі обстежених: афективні розлади 53 %, тривога 50 %, СДУГ 43 %, дислексія 14 %, розлади прийому їжі 5 %. Високий рівень коморбідної психічної захворюваності, особливо на депресії та тривожні розлади є частою знахідкою при дослідженнях за участю дорослих з РАС [50, 53, 135, 137, 152, 153, 163].

Ghaziuddin & Zafar теж вказували на часту присутність депресії, в якості коморбідної патології, після обстеження 28 хворих у віці 18 – 57 років. 21 з обстежених мали депресивний стан [51].

Gillot & Standen в своєму дослідженні порівняли рівень тривоги та стресу 34 дорослих аутистів та 20 дорослих з розумовою відсталістю. Групи були рандомізовані за віком, статтю, рівнем інтелекту. Виявилося, що дорослі аутисти мали майже в три рази вищий рівень тривоги, ніж контрольна група та отримали більше балів за шкалою вимірювання тривоги, паніки, агорафобії, obsесивно-компульсивного розладу і генералізованого тривожного розладу [53].

На рахунок джерел стресу також були виявлені істотні відмінності між двома групами. Так, у дорослих з РАС стрес корелював з високим рівнем тривоги, особливо під час очікування, при змінах звичного устрою життя, при дії сенсорних стимулів та неприємних подій [53, 56].

Відомо, що на епілепсію страждають близько третини аутистів [167]. Patrick F. Bolton et al. дослідили 175 хворих з РАС старше 21 року. Вони з'ясували, що епілепсія розвилася у 22 % осіб. В більшості випадків напади з'являються у віці після 10 років, а в деяких по досягненні дорослого віку [101].

Наявність коморбідного епілептичного розладу корелює з тяжкістю клінічних проявів РАС. Danielsson S. et al. провели проспективне дослідження, яке вказало на відмінності між дорослими аутистами з епілепсією та без неї, та які зміни відбуваються власне при наявності даної супутньої патології. Ними було обстежено 120 осіб з аутизмом, діагностованим у дитинстві, які були досліджені повторно через 22 роки [26].

В дорослому віці більшість обстежених мали розумову відсталість та один із РАС. 38 % респондентів мали епілепсію. У третини з них епілепсія була діагностована у віці до 2 років. Домінантним був тип парціальних нападів з чи без вторинних генералізованих нападів. Результати дослідження виявили, що рівень розумової відсталості та тяжкість симптомів аутизму були в значній мірі пов'язані з наявністю епілепсії, особливо у жінок. Частота нападів мала великий вплив на якість життя пацієнтів. Також, в групі з епілепсією, рівень когнітивного функціонування та адаптивної поведінки виявився нижчим, ніж в групі без епілепсії ( $p < 0,05$ ) [26].

Синдром Аспергера, діагностований в дитинстві, на думку деяких дослідників має кращі прогностичні показники ніж аутизм, на що вказують кращі вербальні здібності, або загальний IQ при даному розладі [22, 46]. Дослідження 177 хворих на синдром Аспергера, середній вік яких склав 42 роки, показало, що такі пацієнти мають добрі результати відносно працевлаштування та формування стосунків [45].

Але проблеми існують і у високофункціональних аутистів [21, 40, 49, 82, 98]. Saulnier and Keim провели дослідження, в якому порівняли 35 хворих на синдром Аспергера з 32 високофункціональними аутистами (без істотного когнітивного дефіциту). Вони виявили, що хворі на синдром Аспергера мали значно вищий бал вербального IQ ніж аутисти, але адаптивна поведінка була порушена еквівалентно [121].

Motomi Toichi et al. в своєму дослідженні, де обстежили 18 дорослих високофункціональних хворих з РАС, звітували про наявність дефіциту самоусвідомлення в цієї групи, в порівнянні зі здоровими особами [98].

Проведено кілька досліджень щодо сенсорних та моторних порушень у підлітків та дорослих з РАС [75, 161]. Wing and Shah припустили, що кататонія представлена непропорційно в структурі РАС, з початком між 10 та 19 роками. З їх звіту про 506 обстежених, 6 % відповідали критеріям кататонії авторів: надмірна повільність, труднощі в ініціації та завершенні дій, опора на підказки, пасивність [161].

Ці дані узгоджуються з результатами дослідження Gillberg та Steffenburg, які відмітили поширеність кататонії в 6,5 % по досягненні хворими на РАС дорослого віку [52].

Деякі автори за результатами своїх досліджень відзначають зниження тяжкості симптоматики РАС з віком [39, 63, 115]. Howlin, Savage, Rutter описують 60 дорослих хворих на аутизм (середній вік 44 роки), з  $IQ > 70$ . Результати вимірювалися за допомогою стандартизованих діагностичних методик та анкет оцінювання соціального функціонування і показали, що тяжкість симптомів знизилася з плином часу. Тим не менш, тільки 10 хворих (17 %) отримали «добрі» або «дуже добрі» оцінки, а більшість (60 %) показали «поганий» та «дуже поганий» результати. Сильним предиктором результату виявилася соціальна реципрокність.

Також ними була досліджена група хворих в кількості 44 осіб, яких обстежували за 20 років до цього (середній вік тоді склав 26 років). По закінченні дослідження стало зрозуміло, що соціальна адаптація була гіршою в старшому віці, ніж в більш молодшому, хоча загальна тяжкість проявів аутизму продовжувала знижуватися з дорослішанням хворих [68, 139].

Esbensen et al., вивчаючи дані отримані від обстеження 700 аутистів у віці від 2 до 62 років (близько третини з них були старше 21 року), дійшли висновку, що обмежена та повторювана поведінка була менш тяжкою у старших, ніж у молодших [38].

Seltzer et al. також звітували про загальне покращення моторних функцій з віком у підлітків з РАС [124].

Kern et al., при обстеженні пацієнтів з ППР у віці від 3 до 56 років, припустили, що сенсорні порушення можуть нівелюватися з віком. Але, чи відбувається це за умови загального вікового зниження сенсорної обробки та в якому ступені може бути пов'язане з нею, на даний час невідомо [79, 113].

Вертаючись до оцінки рівня соціальної адаптації дорослих з РАС, заслуговують на увагу дві статті з даного приводу. Howlin et al. та Cederlund et al. склали глобальні рейтинги соціального функціонування, засновані на оцінюванні досягнення самостійності в побуті, наявності дружніх або інших стійких відносин і отриманні освіти та/чи роботи. Ці дві статті описують відповідно 22 % та 27 % високофункціональних груп пацієнтів з РАС (з IQ вищим від 70), які досягли результату «дуже добре» та «добре» за рейтингами авторів [22, 64].

Безумовно, достатній рівень IQ, як зазначалося вище, відіграє велику роль у складенні прогнозу на рахунок формування адаптаційних можливостей в хворих із розладами загального розвитку, які дорослішають, але також існує думка, що професійні програми, спеціальні гуртожитки для дорослих пацієнтів та навчання їх соціальним навичкам можуть бути не менш важливими прогностичними факторами в досягненні позитивних адаптаційних результатів [37, 43, 112, 147].

Однак, літературні дані щодо ефективності ранніх втручань і програм підтримки, та їх зв'язку з рівнем подальшого функціонування хворих на РАС досі є обмеженими [119].

### 1.3. Нейроанатомічні та нейрокогнітивні зміни під час дорослішання і старіння при РАС

В останні роки науковці почали досліджувати які зміни відбуваються в нейрокогнітивному профілі хворих на аутизм під час геронтологічних процесів.

Murphy et al. приводять в своїй статті докази, що анатомія мозку літніх хворих з РАС суттєво відрізняється від норми. Вони доводять, що у зрілому віці такі люди не мають значно більший загальний об'єм мозку, але в них присутні анатомічні і функціональні порушення лобних часток, базальних гангліїв та лімбічної системи. Надалі ними приводяться дані, що мозок жінок вражається значно більше ніж мозок чоловіків при однаковій тяжкості симптомів РАС. Також авторами було виявлено, що зміна кількості серотоніну, глутамату та ГАМК може частково пояснити нейроанатомічні та нейрофункціональні аномалії у дорослих хворих з РАС [99, 149].

Courchesne et al. вважають, що аутизм характеризується надмірно швидким зростанням мозку в самому ранньому віці, а пізніше замість цього спостерігається зниження об'ємів та кількості структурних нейронів. Це навело їх на думку про теорію вікових анатомічних аномалій при аутизмі. Вони повідомляють вікові зміни розмірів мозку аутистів та здорових людей у віці від 12 місяців до 50 років на основі анамнезу 586 поздовжніх та поперечних МРТ- зрізів. Результати показали раннє зростання мозку у дітей, а потім прискорений темп зниження його розміру [24].

Разом із структурними змінами у речовині головного мозку у хворих на РАС з віком відбуваються і зміни його функцій [2, 87]. РАС характеризується нерівномірним когнітивним профілем із помітно сильною механічною пам'яттю. Але, в останній час все більше досліджень вказують на те, що, не дивлячись на добру механічну пам'ять, всі її інші види дуже сильно порушуються [100, 148]. Така тенденція, пам'ятувати дрібні деталі та, в той же час, неспроможність інтегрувати інформацію в контексті її сенсу, була визначена вченими як «слабкий центр узгодженості» [58, 59, 141].

Дорослі пацієнти, як і діти з РАС, погано розуміють глобальний сенс деяких явищ та ситуацій, що відбуваються в їх оточенні, в суспільстві, тобто мають дефіцит соціально – когнітивного розуміння [88]. Внаслідок порушень пам'яті та соціально – когнітивного дефіциту, у дорослих та стариків з РАС

спостерігаються певні проблеми в плануванні діяльності та її цілеспрямованості [4].

Деякі автори відмічають, що соціально-когнітивне розуміння покращується з віком [61, 131]. На їх думку, це відбувається внаслідок зростання компенсаторних механізмів, так званого когнітивного резерву [45, 89]. На існування когнітивного резерву вказує факт присутності помітних індивідуальних відмінностей в клінічних проявах, не дивлячись на подібний рівень ураження мозку. Існує гіпотеза, що ці індивідуальні відмінності і є в своєму роді «резерв», який захищає мозок в процесі ушкодження або старіння [136].

Висловлено припущення, що особи з більшим когнітивним резервом здатні витримати більше уражень мозкових структур, ніж наступить значне когнітивне зниження [57, 136, 140].

#### 1.4. Методи лікування

На даний час, психосоціальні втручання є потужним та ефективним видом лікування, як дітей так і дорослих з РАС. Психосоціальні методи, особливо ті, що базуються на поведінкових та освітніх методиках, є надійною опорою для старших пацієнтів [74]. Протягом останніх 30 років з'явилося багато видів даних втручань, що націлені на покращення адаптації хворих з РАС: ті, що направлені на покращення комунікації, або створення її альтернативних видів; поведінкова терапія; навчання соціальним навичкам; інтенсивний розвиток взаємодій; терапія сенсорної інтеграції; драма-, музика- та арт-терапія [90, 143].

Психосоціальна терапія, що заснована на принципах поведінкового прикладного аналізу, направлена на корекцію основних симптомів РАС і агресивних проявів [154]. Також, за її допомогою навчають адаптивній поведінці та активності у повсякденному житті. У групах соціального розвитку покращують навички соціальної взаємодії [91]. Деякі види

психосоціальних втручань, наприклад, когнітивна біхевіоральна терапія, направлені на лікування коморбідної депресії та тривожного розладу [92, 114].

Впродовж 1980-1990-х років психосоціальні втручання для хворих з РАС базувалися на біхевіоральних принципах та були націлені на вивчення та засвоєння нових навичок, або підвищення існуючого рівня адаптації [31, 47]. Однак, з'явилися нові сучасні методи, що ставлять якість життя пацієнтів на перший план [83, 93]. Інтервенції, що сфокусовані більше на якості життя, а не виключно на основних симптомах РАС та коморбідній патології, містять програми з організації дозвілля і працевлаштування хворих [47, 48, 92, 160].

Психосоціальні втручання, наразі, залишаються основним методом лікування дорослих з РАС [130, 143, 157]. Однак, в останній час зростає інтерес у напрямку фармакологічного лікування, як у вигляді монотерапії так і в комбінації з психосоціальними методами [15, 94]. Даний вид лікування може бути направлений на основні симптоми РАС, але, як правило, в більшості випадків, зараз, медикаменти спрямовані на лікування супутніх проблем у вигляді агресії, дратівливості, гіперактивності та самопошкоджень [33, 106, 109, 143].

Фармакологічне лікування призначається відповідно до преференцій різних психіатричних шкіл [3, 55]. В США та Великобританії схвалені до використання та дозволені для лікування поведінкових розладів при РАС такі атипові антипсихотики, як рисперідон та аріпіпразол [5, 9, 28, 125, 138]. Однак, ці препарати ліцензовані для лікування дітей. Для допомоги дорослим хворим поки що немає затверджених протоколами медикаментів. В лікуванні дорослих з РАС спеціалісти керуються власним досвідом, спираючись на загально прийнятті принципи надання психіатричної допомоги.

Вивчення наукової медичної та психологічної літератури, нормативних документів з діагностики і лікування дало змогу сформулювати наступне.

Залишається фактом, що, в основному, зміни когнітивного та соціального функціонування в старшому віці при РАС є маловивченими.

Пошук за ключовими словами у літературних джерелах виявив незначну кількість наукових досліджень в даній області.

Деякі зміни соціального функціонування хворих з РАС відбуваються за тією ж схемою, що і при нормальному дорослішанні та старінні, інші процеси розвиваються за своїм особливим сценарієм. Так доказано, що рівень соціальної адаптації у дорослих нижчий, ніж у підлітків, а тяжкість симптоматики аутизму зменшується з віком. На даний час багато питань в цій області залишається неосвітленими або дискутуються.

В останні роки кількість дорослого населення з РАС стрімко зростає по всьому світі. Медичним, соціальним та іншим службам треба бути готовим до планування медико-соціальних заходів для підтримки даного контингенту хворих. Для цього необхідно накопичувати дані сучасних та майбутніх досліджень, що мають включати в себе використання новітніх пізнань та перспективних методів нейробіології, медичної генетики, клінічної, судової та соціальної психіатрії.

Не дивлячись на всі труднощі та особливості свого діагнозу, серед пацієнтів з РАС є такі, що досягають успіху в усіх сферах життя. Однак, це вдається їм набагато складніше, ніж здоровим людям та потребує більше часу. Позитивні адаптаційні досягнення відбуваються завдяки інклюзії пацієнтів у спеціальні соціальні програми.

Невідомо, які питання повстануть перед хворими з РАС та тими, хто їх супроводжує, надалі, але в даний час залишається маса невирішених задач, які потребують уваги спеціалістів. В будь-якому випадку, подальше спостереження за соціальним та когнітивним функціонуванням дорослих пацієнтів, в майбутньому буде важливим для критичної оцінки ефективності нинішніх втручань та їх удосконалення.

## РОЗДІЛ 2

### ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРІАЛУ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження було проведено у відділі психічних розладів дітей та підлітків ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», на базі ТМО «Психіатрія» в місті Києві, а також Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №2 і Київського міського психоневрологічного диспансеру № 5.

Клініко-динамічне спостереження за рандомізованими хворими відбувалося за загально прийнятими підходами щодо психіатричного та психологічного обстежень.

Діагностику психічних та поведінкових розладів здійснювали згідно з клінічними критеріями МКХ-10 шляхом стандартизованого інтерв'ю та спостереження, зокрема оцінювали кількісну та якісну характеристики скарг, функціонування сфер психіки тощо; крім того, для визначення факторів ризику виникнення РАС ретельно вивчали дані анамнезу (наявність обтяженої спадковості, психосоціальних та конституціонально-генетичних чинників).

Перед початком дослідження, для визначення демографічної структури популяції, пацієнтів було рандомізовано за статтю та віком згідно діагностичних категорій МКХ-10 (F 84; F 20).

Дослідницька робота проводилася протягом 2012 – 2015 рр. В цей період було обстежено 92 пацієнта у віці 17 – 29 років.

Основну групу склав 61 пацієнт з РАС. Основна група представлена двома підгрупами: А та В. Підгрупа А – 31 підліток у віці 17 – 18 років (середній вік  $17,61 \pm 0,10$  років), у яких РАС було діагностовано в дошкільному віці; підгрупа В – 30 повнолітніх у віці 19 – 27 років (середній вік  $22,03 \pm 0,40$  років), у яких первинний діагноз був переглянтий та змінений на РАС по досягненні повноліття.

Групу порівняння склав 31 хворий у віці 18 – 29 років (середній вік  $23,38 \pm 0,67$  років), яким діагностовано шизофренію у дошкільному віці. Було обстежено 67 чоловіків та 25 жінок.

Обстеження включало соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, клініко-катамнестичний і статистичний методи.

Дослідження виконувалося в три етапи.

На першому етапі (2012 – 2013) – пошуково-теоретичному – проведено аналітичний огляд наукової медичної літератури, оцінено стан проведених досліджень та сформовано напрямки дослідження; визначені мета, завдання та дизайн дослідження.

На другому етапі (2013 – 2014) – дослідницькому – отримано та опрацьовано результати дисертаційної роботи.

В першій фазі другого етапу дослідження за допомогою соціально-демографічного методу вивчено статеві, вікові характеристики хворих, рівень їх освіти, сімейного і професійного статусу.

Клініко-анамнестичним методом оцінено дані анамнезу життя хворих і анамнезу їх захворювання.

Клініко-катамнестичним методом вивчено медичну документацію.

За допомогою клініко-психопатологічного методу виявлено ступень проявів основних та супутніх клінічних симптомів розладів аутистичного спектра.

Психодіагностичним методом визначили диференційно-діагностичні ознаки розладів аутистичного спектра та шизофренії. В рамках даного методу застосовані наступні валідизовані психодіагностичні інструментарії.

Для проведення стандартизованої оцінки психопатологічної симптоматики шизофренії використовували клінічну шкалу позитивних, негативних та загальнопсихопатологічних синдромів шизофренії (Positive and Negative Symptom Scale for Schizophrenia – PANSS, S.Kay, L.Opler, A.Fiszbein, 1987).

Формалізована структурована оцінка ознак, властивих первазивним порушенням розвитку відбувалася з використанням скороченого переліку оціночних категорій напівструктурованого діагностичного інтерв'ю аутизму (Autism Diagnostic Interview, Revised – ADI-R, A.LeCouteur, C.Lord, M.Rutter, 2003).

Для оцінки інтелекту використовували тест Д. Векслера (Wechsler Adult Intelligence Scale –WAIS, D. Wechsler, 1955).

Друга фаза другого етапу явила собою визначення клініко-динамічних особливостей соціального функціонування та клінічного поліморфізму хворих з РАС в різних вікових групах.

В третій фазі другого етапу дослідження виявлено предиктори рівня соціального функціонування рандомізованих пацієнтів з РАС.

На третьому етапі (2014 – 2015) – проведено аналіз та узагальнення результатів отриманих в ході дослідження; сформульовано висновки та розроблено рекомендації щодо принципів надання медико-соціальної допомоги пацієнтам з РАС; проведено впровадження результатів дослідження.

Також, на всіх етапах роботи, дизайн дисертаційного дослідження включав в себе використання авторського психометричного інструментарію (уніфікована карта обстеження хворих). Карта була розроблена нами у відділі психічних розладів дітей та підлітків Українського науково – дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

Оцінювання за картою проводилося за дев'яти категоріями:

- фактори ризику виникнення розладів аутистичного спектра;
- особливості перебігу захворювання в дитячому віці;
- порушення соціальної реципрокності;
- порушення комунікації;
- повторювана поведінка;
- когнітивне функціонування;
- соціальне функціонування;

- коморбідні психічні розлади;
- коморбідні епілептиформні розлади.

Кожна оціночна категорія мала від 3 до 13 ознак. Наявність тієї чи іншої ознаки оцінювалась в балах, що були ранжирувані за шкалою від «0» до «4».

При розробці уніфікованої карти обстеження були використані психодіагностичні рейтингові шкали: напівструктуроване діагностичне інтерв'ю аутизму (Autism Diagnostic Interview, Revised – ADI-R, A.LeCouteur, C.Lord, M.Rutter, 2003); напівструктуроване інтерв'ю афективних розладів і шизофренії (The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – SADS, J.Endicott, R.L. Spitzer, 1978); шкала позитивних та негативних симптомів (Positive and Negative Symptom Scale for Schizophrenia – PANSS, S.Kay, L.Opler, A.Fiszbein, 1987); шкала загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale – CGI, W.Guy, 1976); шкала адаптивної поведінки Вайнленд (Vineland Adaptive Behavior Scale, Second Edition – Vineland – II, S. S.Sparrow, D.V. Cicchetti, D.A. Balla, 2005).

Для оцінки результатів дослідження проведено прикладний математичний аналіз, який було виконано з використанням стандартних пакетів прикладних програм Microsoft Excell 2014 та SPSS Statistics 17.0. Для оцінки статистичної значущості клінічних результатів визначалась середня похибка показників ( $m$ ).

Достовірність отриманих значень була перевірена за допомогою  $t$ -критерію Стьюдента для незалежних вибірок. Достовірним вважали рівень значення  $p < 0,05$ .

Наявність статистичних кореляційних взаємозв'язків була обчислена за методом коефіцієнту рангової кореляції Спірмена ( $R$ ). Даний коефіцієнт застосовувався для перевірки значущості зв'язку різних ознак як в одній групі дослідження, так і для оцінки співпадіння рангових показників у двох окремих групах.

Для оцінки взаємозв'язків була використана система класифікації зв'язків, при якій виділялась високозначуща кореляція (при  $R$ , яке відповідає рівню статистичної значущості  $p \leq 0,01$ ), значуща кореляція (при  $R$ , яке відповідає рівню статистичної значущості  $p \leq 0,05$ ), тенденція достовірного зв'язку (при  $R$ , яке відповідає рівню статистичної значущості  $p \leq 0,10$ ) та незначна кореляція (при  $R$ , яке не досягає рівня статистичної значущості).

За допомогою підтверджуючого факторного аналізу було проведено пошук прихованих взаємозв'язків між досліджуваними параметрами.

## РОЗДІЛ 3

### КЛІНІКО-ДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРА У ПОВНОЛІТНІХ

Основним результатом наукового дослідження мало стати виявлення клінічно, діагностично та функціонально значущих особливостей РАС в дорослому віці.

Даний етап дисертаційної роботи складався з трьох фаз і був основним.

#### 3.1. Диференційна діагностика з шизофренією

В даному підрозділі дисертаційного дослідження описана клінічна типологія РАС, диференційно-діагностичні ознаки даних розладів з ендогенно-процесуальною патологією.

Психометричні інструментарії, якими користуються для діагностики РАС не є досконалими, однак, в їх основі закладені принципи доказової медицини. В міжнародних психіатричних класифікаціях (МКХ-10 і DSM-5) чітко прописані практичні рекомендації та детальні інструкції про порядок виконання діагностичних алгоритмів. Отже, користуючись ними та власним клінічним досвідом стало можливим з високою точністю окреслити нозологічні рамки РАС.

В 1943 році, лікар-психіатр Каннер із Johns Hopkins University виділив РАС в окрему дефініцію під назвою «Ранній дитячий аутизм». До цього часу, РАС вважалися симптомом в структурі шизофренії.

Робота Лео Каннера визвала гарячі дискусії в медичному товаристві. Вражаюча схожість симптоматики обох розладів стала причиною розбіжностей у поглядах на принципи їх діагностики серед багатьох психіатричних шкіл. Однак, цей факт не знизив клінічну та соціальну значимість розмежування даних розладів, що є першочерговою задачею

практикуючого лікаря під час виконання діагностично-лікувальних та абілітаційно-реабілітаційних процедур.

Ще декілька десятиліть тому обидва розлади класифікувалися в єдиній дефініції. Згодом, відділення РАС від дитячих процесуальних захворювань стало важливим кроком у розвитку психіатричної науки.

В сучасному науковому світі сприйняття аутизму та інших ППР, як складової спільного нозологічного континууму із шизофренією виглядає архаїчно. За останні 40 років з'явилося безліч методологічно коректних наукових досліджень, що заперечують концептуалізацію аутизму в одному патогенетичному руслі з ендогенно – процесуальною патологією.

Було обстежено 92 пацієнта: 61 хворий основної групи у віці 17 – 27 років (середній вік  $19,78 \pm 0,34$  років); 31 хворий групи порівняння у віці 18 – 29 років (середній вік  $23,38 \pm 0,67$  років).

### 3.1.1. Соціально – демографічні показники основної групи та групи порівняння

Серед рандомізованих пацієнтів обтяженість сімейного анамнезу спостерігалася лише в 5 випадках ( $8,7 \pm 3,5$  %) в основній групі дослідження та 12 випадках ( $38,7 \pm 8,7$  %) в групі хворих на шизофренію. В групі шизофренії у всіх випадках батьки або сиблінги пацієнтів хворіли на ендогенно-процесуальне захворювання. В групі РАС в 4 випадках спостерігалась спадковість обтяжена шизофренією та одному – первазивним порушенням розвитку. Наведені цифри можуть свідчити про різний вплив обтяженої спадковості на розвиток кожного з досліджуваних розладів.

Обтяженість особистого анамнезу рандомізованих хворих випадками перинатальної патології (патологічна вагітність, ускладнені пологи) частіше спостерігалася в групі з РАС і складала  $90,2 \pm 3,8$  % (рис. 3.1).

Якщо констатувати дані по субперіодам, то  $22,9 \pm 5,3$  % хворих мали обтяжений антенатальний субперіод та  $26,2 \pm 5,6$  % – інтранатальний.

Проблеми протягом всього перинатального періоду розвитку були представлені у  $39,3 \pm 6,2$  % рандомізованих пацієнтів основної групи дослідження.

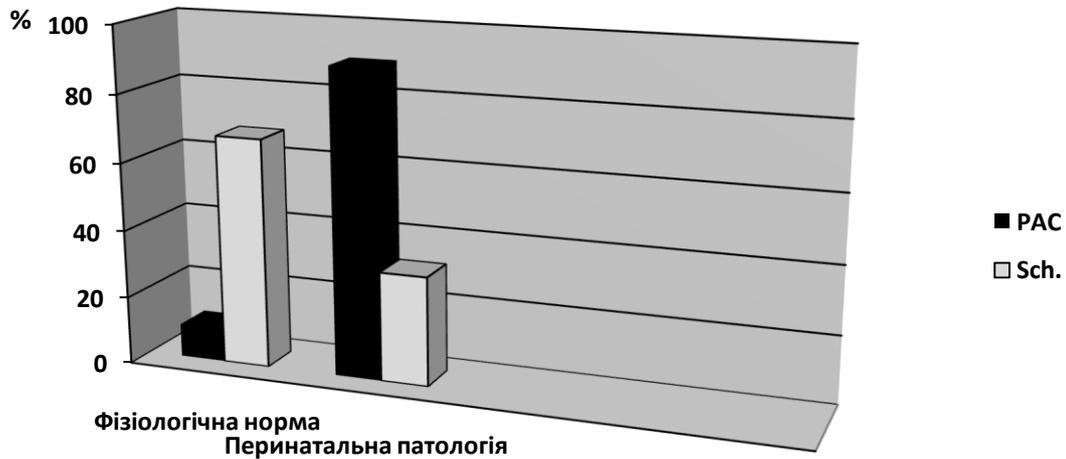


Рис. 3.1 Представленість перинатальної патології в анамнезі рандомізованих хворих

Група порівняння мала дещо відмінний показник –  $32,2 \pm 13$  % випадків:  $19,3 \pm 7$  % в антенатальному та  $12,9 \pm 6$  % в інтранатальному субперіодах відповідно. Пацієнтів, які поєднували складнощі обох субперіодів, в групі шизофренії не було.

Таким чином, перинатальна патологія, за результатами нашого дослідження, належить до патологічних чинників більш притаманних преморбиду аутизму.

Щодо віку виникнення перших клінічних проявів, то в таблиці 3.1 помітна суттєва різниця даного показника в групах дослідження.

Статистичні дані екстраполюються на результати нашого дослідження. Маніфестація психозів відбувалася після 5 років в більшості випадків, середній вік  $11,91 \pm 5,81$  років. Основний вік встановлення перших симптомів РАС - 1 – 3 роки, середній вік  $0,86 \pm 1,18$  років. Наведені розбіжності мають високу діагностичну та статистичну значущість ( $p < 0,001$ ).

Таблиця 3.1

Порівняння віку маніфестації РАС та шизофренії, міс.

Вік виникнення перших симптомів, міс.	Основна група РАС, n = 61, кільк.хв.	Група порівняння Sch., n = 31, кільк.хв.
До 6	14	0
6 – 12	3	3
12 – 36	44	6
Старше 36	0	22

Хоча, при РАС, є окремі сфери психічної діяльності, в яких ознаки порушень нейророзвитку не діагностуються протягом ще декількох років після 36-місячного віку, все одно вони не перекриваються із шизофренією в даному показнику. Даний факт говорить сам за себе, якщо не брати до уваги дитячу форму шизофренії або комплексне порушення розвитку (MDD).

Лише  $19,3 \pm 7$  % хворих з шизофренією в ранньому дитинстві спостерігалися спеціалістами у зв'язку із відхиленнями розвитку чи його затримкою, в той час, як у виборці хворих з РАС були очевидними порушення розвитку в  $29 \pm 5,8$  % рандомізованих пацієнтів у віці до трьох років. Наведені показники превалюють в групі РАС, що цілком логічно, однак, все одно вони значно нижчі від реальних. Цей факт пояснюється, скоріше, суттєвими недоліками організації психіатричної допомоги дітям та діагностики ППР в ранньому віці. Тому що, світові показники вказують на значно більший відсоток даних порушень в пацієнтів з РАС.

Регресу навичок у виборці хворих на шизофренію взагалі не відмічалось. В основній групі даний показник склав  $34,42 \pm 2,46$  % (n = 21).

Дуже показовим є факт тяжкості порушень розвитку. В групі порівняння були зафіксовані порушення мовлення лише III рівня, в той час як при РАС мовленнєво-комунікативний дефіцит, в більшості випадків, був представлений складною дислалією чи алалією. Шкільні навички (написання,

читання) у хворих на шизофренію, на відміну від респондентів з аутизмом, були порушені частково.

Звертає на себе увагу різниця у часі відновлення порушень. При РАС спостерігалась довготривала затримка психомоторного розвитку, яка потребувала самих ранніх та інтенсивних втручань спеціалістів, на відміну від ендогенних психозів, де тривалість затримки була значно меншою.

Таблиця 3.2

Оцінка впливу зовнішніх та внутрішніх чинників на виникнення РАС за авторською уніфікованою картою обстеження хворих

Ознаки	Основна група РАС, n = 61		Група порівняння Sch., n = 31		P
	сер.бал	± m	сер.бал	± m	
Наявність впливу зовнішніх чинників на виникнення розладів	11,88	0,06	4,32	0,04	<0,001
Наявність спадковості обтяженої ендогенно-процесуальним розладом	0,06	0,02	0,38	0,03	<0,001
Наявність спадковості обтяженої розладом загального розвитку	0,01	0,01	0	-	0,047
Наявність затримки психофізичного розвитку	0,29	0,05	0,19	0,02	<0,001

Примітка. n – кількість хворих.

Дані нашого дослідження, наведені у таблиці 3.2, відображають результати виявлення чинників, що могли мати причинно – наслідковий зв'язок з маніфестацією РАС.

В основній групі показник обтяженої спадковості одним із РАС дорівнює лише 0,01 балів ( $p < 0,05$ ). Дане значення у відсотках – це  $1,63 \pm 1,62$  %. Однак, враховуючи невелику кількість вибірки рандомізованих хворих та відсутність жодного випадку спадковості обтяженої одним з первазивних порушень розвитку в групі порівняння, цілком можна припустити, що даний фактор мав певний вплив на ризик виникнення РАС.

Також звертає на себе увагу спадковість, обтяжена психозами. Не зважаючи на велику різницю середнього балу даного показника в зрівнянні з групою шизофренії, цей фактор можна розглядати як можливий етіологічний чинник для РАС.

Очевидна наявність сильної кореляції між сумою балів впливу зовнішніх чинників та маніфестацією ППП ( $R = 0,925$ ;  $p < 0,001$ ). Затримка психофізичного розвитку в групі РАС мала в 14,5 раз більшу представленість, ніж в групі порівняння. Отже, визначальним був даний фактор.

Таким чином, виділені фактори можна розглядати як ті, що мають причинно-наслідкові зв'язки з ризиком розвитку РАС.

Наступна таблиця (табл. 3.3) порівнює показники інтелектуального розвитку рандомізованих пацієнтів.

Оцінювання когнітивного функціонування проведено з використанням теста Векслера (WAIS, D. Wechsler, 1955). Рівень IQ у пацієнтів з шизофренією знаходився в межах від 63 до 112 балів, середнє значення - 88 балів. Хворих з рівнем розумового розвитку нижче за F 70, серед представників даної групи, не було.

В групі РАС варіабельність інтелекту виявилася більш екстенсивною: від високих показників до важкої когнітивної недостатності ( $IQ = 20 - 34$ ). Основна маса пацієнтів мала IQ на рівні легкої розумової відсталості, на межі з нею, або показник популяційної норми. Майже кожен другий хворий мав інтелектуальну недостатність. Різниця в кількісному відношенні між F 71 та

F 72 склала близько двох з половиною відсотків. Середній бал в основній групі дорівнював 69,3.

Таблиця 3.3

Порівняння показників інтелектуального розвитку пацієнтів груп дослідження

Рівень IQ, бал.	Основна група РАС, n = 61		Група порівняння Sch., n = 31	
	%	± m	%	± m
70 ≥	40,98	6,29	83,87	6,6
50 – 69	42,62	6,33	12,9	6,02
35 – 49	8,19	3,51	-	-
20 – 34	3,27	2,27	-	-
< 20	-	-	-	-

Примітка. n – кількість хворих

Однак, незважаючи на такий низький середній бал інтелекту, рівень когнітивного функціонування респондентів групи РАС був вищим за рівень соціального функціонування, навіть в тих випадках, де IQ був значно нижчим за норму (< 70).

Отже, у випадку з РАС, показник IQ може вважатися предиктором лише рівня когнітивного функціонування хворих, але не соціального. Навіть при умові інтелектуальної недостатності, але не нижче 49 балів.

У хворих на шизофренію рівень соціального функціонування, в цілому, відповідав рівню когнітивного функціонування, а подекуди, був вищим.

Показовим є рис. 3.2, на якому видно, що значна кількість пацієнтів основної групи мала досить високі показники рівня отриманої освіти, не зважаючи на велику частку респондентів з інтелектуальною недостатністю.

52,45 ± 6,39 % рандомізованих хворих з РАС отримали середню освіту у загальноосвітніх або спеціалізованих школах.

З підвищенням рівня освіти зростають вимоги соціального середовища, які потребують вміння адаптуватися та реалізовувати певні комунікативні навички. Тому, відсоток хворих основної групи з вищою освітою був критично низьким, в зрівнянні з тими, хто мав закінчену середню або середньо – спеціальну освіту.

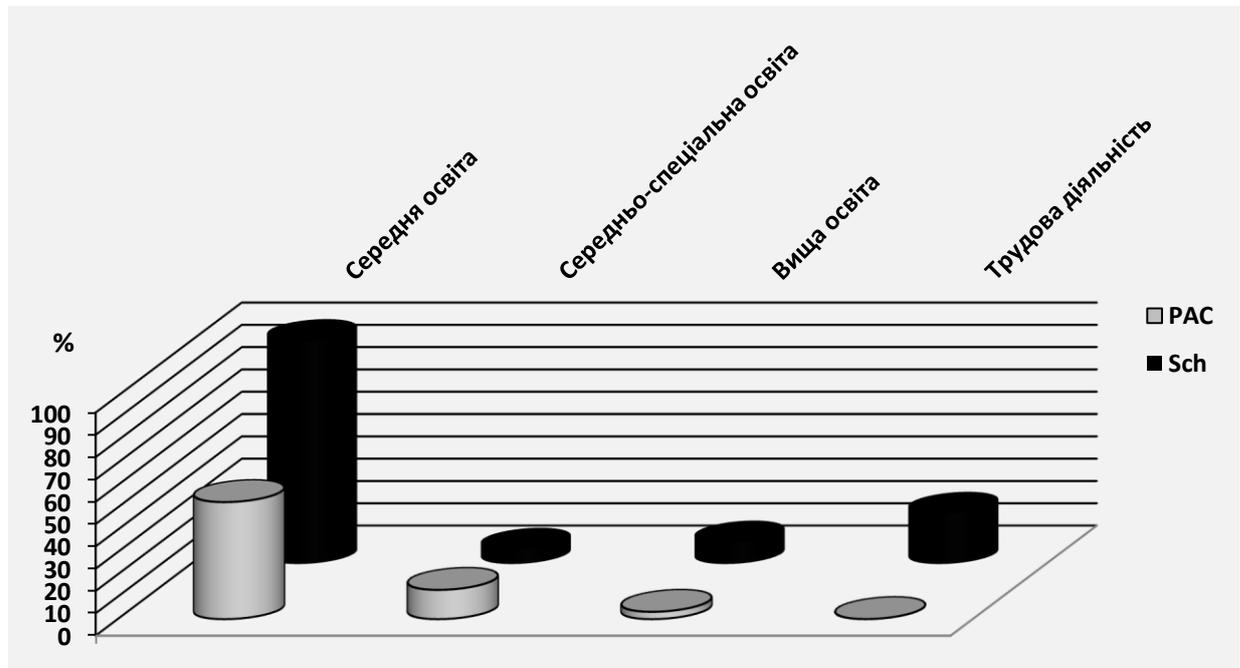


Рис. 3.2 Показники рівня освіти та трудової діяльності досліджених груп

З початком трудової діяльності ще більше ускладнюються взаємовідносини, що потребує від індивіда відповідного моделювання соціальної та професійної поведінки. У хворих на ППР порушені механізми як соціальної так і професійної адаптації. Отже, пацієнти основної групи були неспроможні повноцінно або, навіть, компенсовано функціонувати на достатньому рівні. Дані рисунку 3.2 чітко вказують, що відсоток працевлаштованих після досягнення повноліття, в групі PAC, дорівнював нулю.

Надалі нами представлені таблиці порівняння досліджуваних груп з використанням шкали PANSS (табл. 3.4 – 3.6).

### 3.1.2. Клінічна типологія груп порівняння за PANSS

Слід зауважити, що пацієнти із шизофренією були обстежені в амбулаторних умовах і, під час дослідження, знаходились в стані клінічної ремісії та отримували терапію нейролептичними препаратами.

В більшості представників даної групи спостерігалися ознаки дефекту особистості, когнітивного та нейропсихічного дефіцитів.

Дані факти певною мірою вплинули на показники середніх балів за рейтинговою шкалою PANSS. Однак, незважаючи на це, відмінність клінічної типології психічних розладів при РАС та ендогенних психозах була помітною та клінічно підтвердженою.

У таблиці 3.4 представлені порівняльні данні клінічного поліморфізму пацієнтів із РАС та розладами спектра шизофренії.

Хворі на шизофренію характеризувалися більшою тяжкістю позитивних симптомів за PANSS за шістьма оціночними категоріями, навіть в стані ремісії.

Лише в категорії «збудження» пацієнти з РАС отримали вищі оцінки, ніж хворі на шизофренію. Більше того, катамнестичні дані свідчили, що для корекції поведінкових розладів пацієнти з РАС нерідко отримували різноманітні нейролептики з раннього дитячого віку; при досягненні повноліття демонстрували ознаки терапевтичної резистентності і продовжували отримувати комбіновану антипсихотичну терапію у високих дозах.

У хворих на шизофренію за пунктом «Р.4 – збудження» середній бал  $2,51 \pm 0,03$  був обумовлений постійною присутністю галюцинаторної симптоматики, або зміною поведінки та моторики відповідно до наявності патологічних спонукань та потягів.

Маячна та галюцинаторна симптоматика у рандомізованих нами хворих із РАС встановлена не була. В архівній медичній документації 5 хворих були посилання на розлади відчуття, які ніби то мали місце в

дитячому віці, проте було встановлено, що ця симптоматика була помилково кваліфікована лікарями при оцінюванням психічного стану хворих, які не мали досвіду роботи з РАС.

Таблиця 3.4

Показники основної групи та групи порівняння за PANSS (позитивні симптоми)

Ознаки	Основна група РАС, n = 61		Група порівняння Sch., n = 31		P
	сер.бал	± m	сер.бал	± m	
Маячення	1	0	3,03	0,04	<0,001
Розлади мислення	1,51	0,02	3,51	0,03	<0,001
Галюцінації	1	0	2,51	0,06	<0,001
Збудження	2,65	0,03	2,51	0,03	0,045
Ідеї величчі	1	0	1,5	0,02	<0,001
Підозрілість	1,14	0,06	3,87	0,04	<0,001
Ворожість	2,18	0,05	3,41	0,03	<0,001

Примітка. n – кількість хворих

При проведенні кореляційного аналізу, звертає на себе увагу статистично достовірний прямий зв'язок між «маяченням» та «активною соціальною відстороненістю» в групі хворих на шизофренію ( $R=0,894$ ;  $p<0,001$ ). Очевидно, що при РАС неможливим було обчислення даного зв'язку, внаслідок відсутності такого порушення мислення як маячення у рандомізованих пацієнтів. Хоча, за пунктом «G.16» хворі з РАС отримали  $3,88 \pm 0,05$  бали проти  $4,16 \pm 0,02$  ( $p < 0,001$ ) в групі шизофренії.

Таким чином, наведені дані свідчать про різний механізм формування соціальної недостатності в групі РАС та групі ендогенно – процесуальної патології.

При оцінюванні дезорганізації процесу мислення, порушення були більше виражені у хворих на шизофренію, ніж у пацієнтів з РАС (середні

бали  $3,51 \pm 0,03$  та  $1,51 \pm 0,02$  відповідно). Особливістю було те, що у хворих на шизофренію, на відміну від групи PAC, серед порушень мислення були присутні резоньорство, паралогії та амбівалентність.

Схематичне відображення (рис. 3.3) ще наглядніше вказує на перевагу групи шизофренії в кількості середнього балу за шкалою PANSS (20,34  $\pm$  0,2) над основною групою (10,48  $\pm$  0,1).

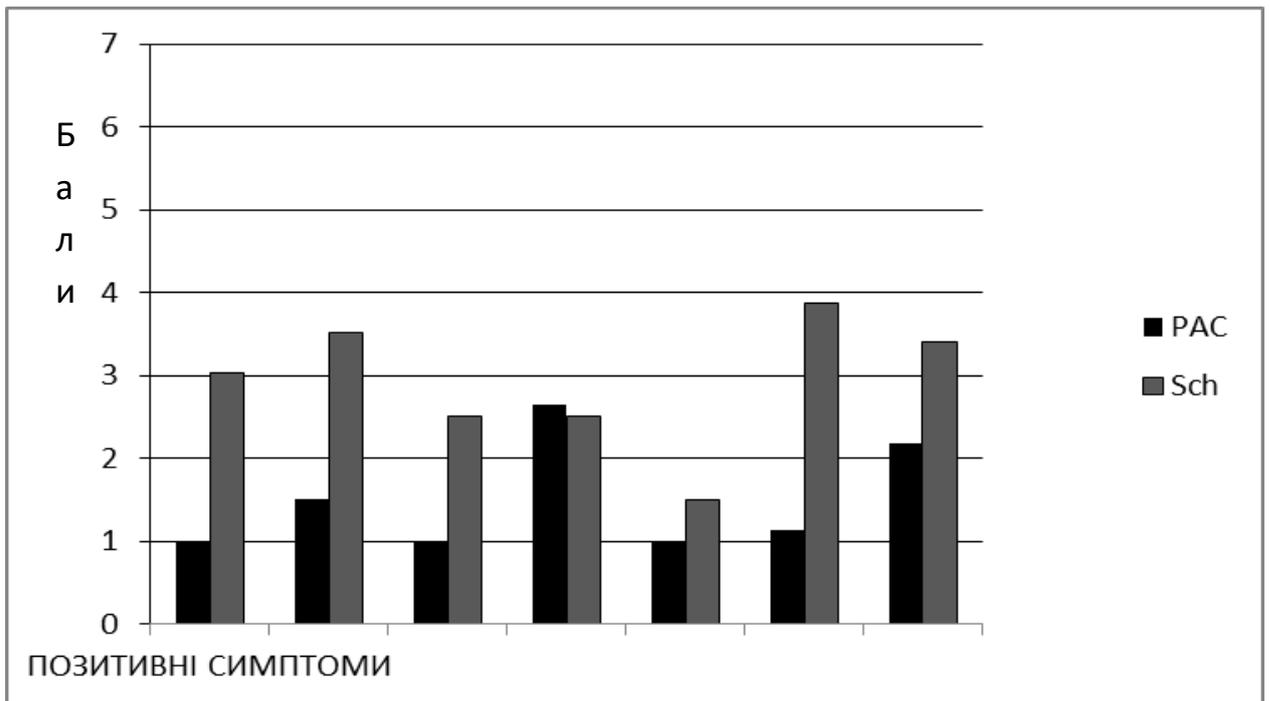


Рис. 3.3 Показники основної групи та групи порівняння за PANSS (позитивні симптоми)

В кластері негативної симптоматики учасникам дослідження з PAC була притаманна перевага суто в аутистичних ознаках («Труднощі у спілкуванні», «Пасивно-апатична соціальна відгородженість») (табл. 3.5). Даний факт був цілком очікуваний, як і у випадку з блоком позитивних симптомів. Пункти шкали (N.2, N.3, N.4) дозволили чітко розмежувати спектри розладів при PAC та шизофренії. У хворих групи шизофренії відмічалось зниження глибини модуляції афекту, нівелювання емоційних реакцій, їх монотонність та ригідність, в значно більшій мірі ніж в основній групі.

Окрім різниці у кількісних показниках, були також встановлені відмінності у походженні соціально-комунікативного дефіциту. Недостатня вербальна продукція в групі хворих на шизофренію була наслідком зниження вольових мотивацій, або резидуальними проявами галюцинаторно-маячних переживань. В групі PAC джерелом зниження якості соціальної взаємодії та комунікабельності були перцепторні порушення, які з віком зменшувалися.

Таблиця 3.5

Показники основної групи та групи порівняння за PANSS (негативні симптоми)

Ознаки	Основна група PAC, n = 61		Група порівняння Sch., n = 31		P
	сер.бал	± m	сер.бал	± m	
Притуплений афект	1,61	0,02	4,48	0,02	<0,001
Емоційна відгородженість	2,77	0,03	4,61	0,02	<0,001
Труднощі у спілкуванні	4,75	0,03	4,09	0,05	<0,001
Пасивно-апатична соціальна відгородженість	5,22	0,07	4,83	0,01	<0,001
Порушення абстрактного мислення	1,56	0,02	4,48	0,04	0,055
Порушення спонтанності та плавності мовлення	3,05	0,01	3,67	0,08	<0,001
Стереотипне мислення	1,46	0,05	3,83	0,02	0,346

Примітка. n – кількість хворих

Дисоціативні проблеми (N.5) пацієнтів групи порівняння, власне, як і решта пунктів субшкали негативної симптоматики, корелювали із екзацербациєю ендогенного патологічного процесу та вагомо переважали результати групи хворих на PAC ( 4,48 ± 0,04 проти 1,56 ± 0,02). В групі PAC

нами не спостерігалось суттєвих коливань клінічних показників, які б залежали від динаміки патологічного процесу, у зв'язку із його стабільністю та відсутністю чергування періодів «ремісія – загострення».

За допомогою візуального відображення блоку негативних симптомів у діаграммі (рис. 3.4) можна чітко бачити наскільки група шизофренії переважає групу PAC за середнім балом ( $29,99 \pm 0,2$  проти  $20,42 \pm 0,2$ ).

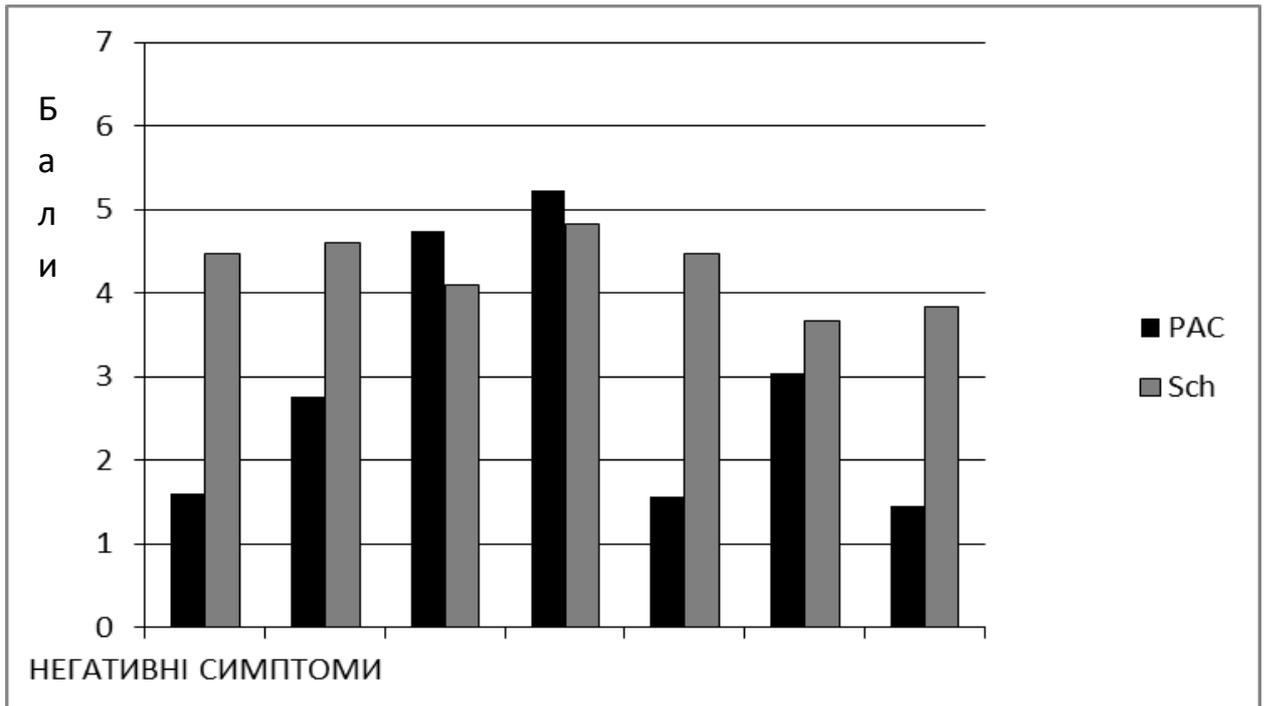


Рис. 3.4 Порівняння груп дослідження за PANSS (негативні симптоми)

В наступному блоці клінічної шкали PANSS спостерігаються майже ті самі значення середнього балу груп дослідження, що і в попередніх блоках (табл. 3.6).

Показники основної групи та групи порівняння співпали лише за пунктом G.10 – «дезорієнтованість». Обидві групи рандомізованих пацієнтів отримали 1 бал, що оцінюється, як відсутність даного симптому.

Однак, хворі на шизофренію, як було зазначено вище, знаходилися в стані клінічної ремісії під час обстеження. Отже, теоретично, і за пунктом G.10 група порівняння мала би перевагу в періоді загострення патологічного процесу.

Таблиця 3.6

Показники основної групи та групи порівняння за PANSS (загальні психопатологічні симптоми)

Ознаки	Основна група РАС, n = 61		Група порівняння Sch., n = 31		P
	сер.бал	± m	сер.бал	± m	
Соматична стурбованість	1,25	0,03	1,38	0,7	0,271
Тривога	2,07	0,06	3,35	0,04	<0,001
Відчуття провини	1,46	0,03	1,93	0,05	<0,001
Напруженість	2,42	0,04	3,35	0,03	<0,001
Манерність та позування	1,61	0,01	1,48	0,07	0,002
Депресія	1,53	0,03	2,29	0,01	0,063
Моторна загальмованість	1,3	0,04	2,9	0,06	<0,001
Малоконтактність (малий рівень спілкування)	3,61	0,02	2,38	0,09	<0,001
Незвичайний вміст думок	1,48	0,05	3,35	0,04	0,257
Дезорієнтованість	1	0	1	0	<0,001
Порушення уваги	4,57	0,04	3,45	0,07	<0,001
Зниження критичності до свого стану	2,43	0,04	5	0,07	<0,001
Розлад волі	4	0,03	4,54	0,04	0,084
Послаблення контролю імпульсивності (агресивність)	2,67	0,03	1,67	0,03	<0,001
Загруженість психічними переживаннями	1,62	0,03	3,32	0,06	<0,001
Активна соціальна відстороненість	3,88	0,05	4,16	0,02	<0,001

Примітка. n – кількість хворих

Такі загальні психопатологічні симптоми, як «соматична стурбованість», «манерність» та «розлад волі», були еквівалентно представлені серед всіх рандомізованих хворих.

«Малоконтактність» та «порушення уваги» більше були притаманні групі PAC.

Симптомокомплекси, асоційовані з тривогою, депресією та моторною загальмованістю у хворих на шизофренію носили облігатний характер. В групі хворих з PAC вони були факультативними та характеризували лише коморбідні порушення у деяких пацієнтів.

Ексцентричність ідеаторного процесу та, що є дуже показово, зниження критики були одними з найяскравіших представників патопсихологічної структури хворих на шизофренію. Також, даним пацієнтам було притаманне уникання соціального контакту та прагнення до ізоляції. Дані симптомокомплекси, всередині групи, були найбільш виражені у хворих із зростаючим дефектом особистості.

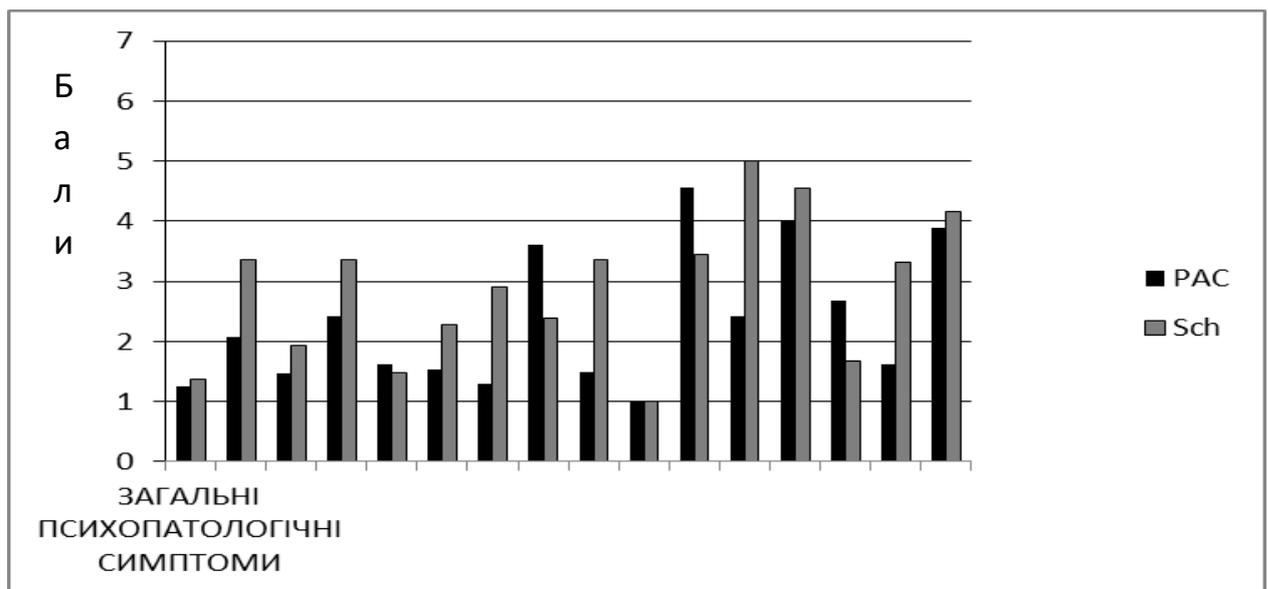


Рис. 3.5 Порівняння груп дослідження за PANSS (загальні психопатологічні симптоми)

Треба зауважити, що у хворих на PAC «активна соціальна відстороненість» мала прямий кореляційний зв'язок з тяжкістю порушень концентраційної функції уваги ( $R = 0,898$ ;  $p < 0,001$ ) та зворотною кореляцію з наявністю і тривалістю антипсихотичної терапії ( $R = - 0,561$ ;  $p < 0,001$ ).

Резюмуючи оцінення респондентів за PANSS, потрібно звернути увагу на рівень соціальної недостатності. Не дивлячись на різницю в етіопатогенезі соціального дефіциту, він зіграв однаково важливу роль у впливі на особисте життя та професійну діяльність пацієнтів з PAC та психозами, що в цілому позначилося на їх соціальному та економічному статусі. В підтвердження даного висновку говорить високий середній бал в суто просоціальних пунктах даної шкали (N.4; G.16) у представників обох груп порівняння.

### 3.1.3. Клінічна типологія груп порівняння за ADI-R

Оціночні категорії діагностичного інтерв'ю ADI-R, не менш яскравіше ніж PANSS, окреслили кардинальні відмінності клінічної картини PAC та шизофренії (табл. 3.7 – 3.9).

Таблиця 3.7

Показники основної групи та групи порівняння за ADI-R (мовленнєве та комунікативне функціонування)

Ознаки	Основна група PAC, n = 61		Група порівняння Sch., n = 31		P
	сер.бал	± m	сер.бал	± m	
Розуміння простої мови	1,4	0,02	1,67	0,04	<0,001
Загальний рівень розвитку мовлення	0,62	0,04	0	-	<0,001
Використання тіла іншої людини для спілкування	0,65	0,01	0	-	<0,001
Порушення артикуляції, вимови	0,62	0,03	0,38	0,02	0,456
Стереотипна вимова та відстрочені ехолалії	0,98	0,03	0,12	0,02	0,504
Соціальна вербалізація / спілкування	0,53	0,05	1	0,03	0,302
Взаємність при спілкуванні	0,89	0,02	1,45	0,03	0,043

Продовження табл. 3.7

Недоречні запитання або ствердження	0,46	0,01	0,19	0,06	0,894
Інверсія займенників	0,5	0,06	0	-	<0,001
Неологічна / унікальна мова	0,25	0,03	0	-	<0,001
Вербальні ритуали	0,32	0,05	0	-	<0,001
Інтонація / гучність / ритм / темп	0,3	0,04	0,58	0,02	0,001
Поточне комунікативне мовлення	1,32	0,03	0,64	0,01	0,098
Вказування (пальцем) для вираження зацікавленості	0,76	0,03	0,25	0,04	<0,001
Кивання (позитивний рух головою)	0,62	0,01	0,83	0,07	0,001
“Мотання” головою (негативний рух головою)	0,94	0,05	0,35	0,05	0,435
Звичайні / інструментальні жести	1,16	0,03	0,41	0,03	<0,001
Увага до голосу	1,05	0,02	0,8	0,04	<0,001
Спонтанні імітації дій	0,7	0,02	0	-	<0,001
Уявні ігри	0,99	0,03	0,93	0,02	<0,001
Уявні ігри з однолітками	1,09	0,02	0,38	0,02	0,642

Примітка. n – кількість хворих

За даними нашого дослідження хворі на шизофренію використовували спонтанну фразову мову більш функціонально та частіше за пацієнтів основної групи.

В артикуляції та мовленнєвій експресії, як вже було відмічено вище, показники групи порівняння були значно кращими.

В негалюцинаторному використанні самокоментування та інших вичурних і стереотипних зразків мовлення, які явно були дивними та/або не соціально використовуваними вагома перевага була в групі РАС. Окрім

самокоментування власних дій сюди входили також рутинні фрази, які використовуються в невідповідному контексті.

Хворі групи порівняння регулярно використовували слова для спілкування.

В основній групі частіше зустрічалось спонтанне використання слів та/або ехолалічної мови, але з обмеженим комунікативним використанням. В деяких випадках ( $n = 18$ ) комунікативне мовлення було відсутнє (включаючи некомунікативні ехолалії), навіть якщо пацієнт трохи розмовляв.

За даними дослідження було встановлено, що майже всі хворі з шизофренією спонтанно вказували пальцем на предмети на відстані, щоб виразити зацікавленість, використовуючи зоровий контакт з метою спілкування.

Пацієнти з ППР робили лише спроби висловити зацікавленість за допомогою вказування. Спроби супроводжувалися обмеженою гнучкістю або недостатньою координацією. Також дані дії могли не супроводжуватися постійним зоровим контактом.

В основній групі дослідження спонтанні культурно – відповідні рухи кистями або руками, за допомогою яких передаються повідомлення в якості соціальних сигналів, були обмежені по контексту, або використовувалися нелогічно.

В групі порівняння використання інструментальних жестів було обмежено лише при загостренні захворювання, або при виражених дефіцитарних станах.

Як не дивно, рандомізовані пацієнти із шизофренією показали менш часте використання соціальної вербалізації ніж в групі РАС та значне обмеження гнучкості взаємного спілкування. Цей факт, ймовірно, обумовлений більш низьким рівнем вольової активності респондентів групи порівняння та, як наслідок, зниженням мотивацій.

Серед хворих групи порівняння майже не спостерігалось випадків недоречних стверджень, або запитань. Хоча, та невелика кількість питань або

стверджень, що не відповідала контексту ситуації, яка трапилась, була наслідком загострення впливу галюцинацій або маячення. В основній групі, доволі часто використовувалися ствердження, які не враховували ситуацію та були дивними.

При дослідженні пацієнтів основної групи були виявлені паралингвістичні аномалії. В основному, вони були представлені порушеннями гучності та інтонації, але, в декількох випадках ( $n = 6$ ), мова була дивною та незрозумілою. Дані есенціальні порушення були притаманні хворим із тяжкою та глибокою інтелектуальною недостатністю.

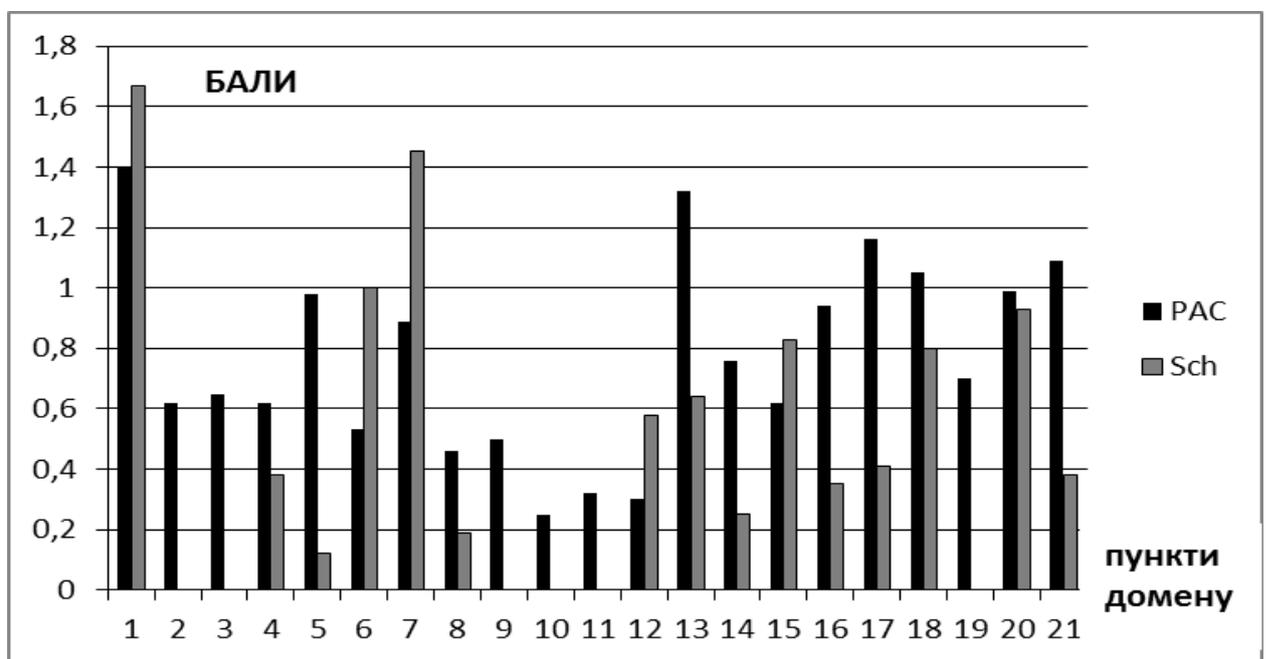


Рис. 3.6 Показники основної групи та групи порівняння за ADI-R (мовленнєве та комунікативне функціонування)

В групі шизофренії дані аномалії теж були присутні ( $n = 18$ ) та являли собою тиху та/або безінтонаційну мову. Перевага групи порівняння над основною за даною ознакою була обумовлена не затримкою розвитку, а порушеннями мислення чи розладами волі.

Під час інтерв'ю з хворими на шизофренію, жоден з них не виявив використання ідіосинкратичної мови, вербальних ритуалів та не використовував інверсію займенників у діалогах. Інша ситуація

спостерігалася серед хворих з РАС, які в 12 випадках плутали займенники, використовували неологізми та говорили в особливий «ритуальний» спосіб.

Ретроспективно виявлено, що «спонтанні імітації дій» супроводжували клініку лише виборки хворих з РАС.

Рандомізовані пацієнти групи шизофренії не використовували в дитинстві тіло іншої людини для спілкування. Хворі основної групи, час від часу, використовували руки батьків як інструмент, щоб вказати на предмет, як в комбінації з іншими видами спілкування так і без неї.

Таблиця 3.8

Показники основної групи та групи порівняння за ADI-R (соціальний розвиток)

Ознаки	Основна група РАС, n = 61		Група порівняння Sch., n = 31		P
	сер.бал	± m	сер.бал	± m	
Прямий погляд (зоровий контакт)	0,89	0,05	0,51	0,06	<0,001
Соціальна посмішка	0,77	0,01	0,77	0,03	<0,001
Привертання уваги до предмета, що зацікавив	0,73	0,02	0,96	0,05	<0,001
Пропонування ділитися	0,86	0,03	0,16	0,07	<0,001
Спроби ділитися гарним настроєм з іншими	0,38	0,03	1,41	0,08	0,270
Пропонування розради	0,97	0,04	1,22	0,05	<0,001
Якість соціальних ініціатив (спроба почати спілкування)	0,56	0,01	0,16	0,01	<0,001
Спектр виразів обличчя, що використовується для спілкування	0,71	0,03	1,51	0,02	<0,001
Недоречні вирази обличчя	0,65	0,02	0,32	0,01	0,521
Адекватність соціального реагування	0,9	0,03	1,38	0,06	<0,001
Ініціація відповідних дій	0,93	0,03	1,38	0,05	0,001
Наслідуванні соціальні ігри	1,54	0,03	1,7	0,08	0,324
Цікавість до дітей	0,73	0,02	0,83	0,04	<0,001

## Продовження табл. 3.8

Реакція на пропонування соціального контакту від інших дітей	1,02	0,04	1,48	0,07	<0,001
Групові ігри з однолітками	1,51	0,05	1,03	0,03	<0,001
Дружба	1,12	0,04	0,77	0,05	<0,001
Соціальне розгальмовування	1,07	0,05	0,19	0,03	<0,001

Примітка. n – кількість хворих

Нормальний прямий погляд, що використовується при спілкуванні, частіше зустрічався в групі шизофренії. У пацієнтів з РАС прямий погляд був рідким та більш випадковим феноменом у соціальній взаємодії.

Більш скоординовані соціальні дії були притаманні хворим групи порівняння. Мотивовані ініціативи виявилися доступнішими для них. Однак, в той самий час, пацієнти з шизофренією мали більш вузький спектр виразів обличчя та показали високу стереотипність в соціальному реагуванні.

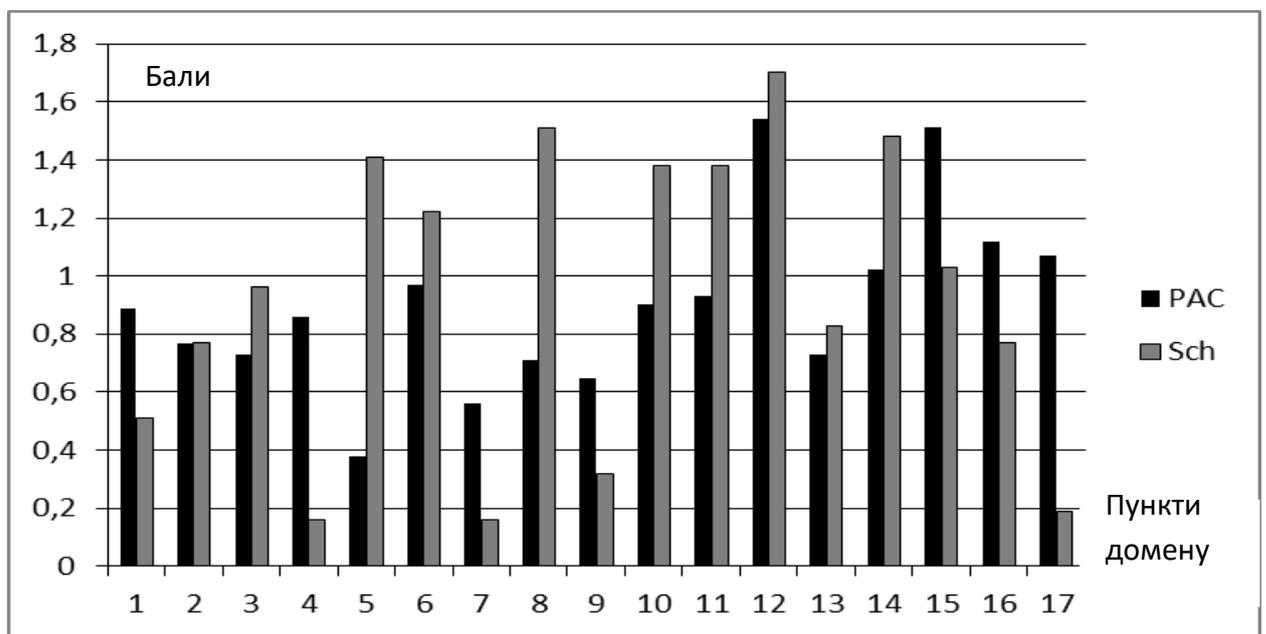


Рис. 3.7 Порівняння груп дослідження за ADI – R (соціальний розвиток)

На діаграмі (рис. 3.7) помітно, що однакова кількість середнього балу (0,77) в досліджуваних групах є лише за єдиним пунктом (№ 2) «соціальна посмішка». У представників обох рандомізованих груп були відмічені деякі

свідоцтва спонтанної соціальної посмішки, але вона була нерегулярною, непередбачуваною та не завжди взаємною.

Згідно нашого дослідження, хворі обох груп погано залучалися до активної цілеспрямованої діяльності та відчували додаткові обмеження в спонтанній організації своєї діяльності. Також, респонденти в обох групах не намагалися встановити контакт та підтримати спілкування з однолітками, і, взагалі, не проявляли цікавості до формування дружніх стосунків.

Значні проблеми із соціально – орієнтованим моделюванням поведінки переважали в групі РАС ( $1,07 \pm 0,05$ ;  $p < 0,001$ ). Недостатність розуміння багатьма пацієнтами соціальних натяків, контекстів і вимог стало наслідком їх значного соціального розгальмовування.

Очевидь, що хворим з РАС не вистачало нормальних соціальних комплексів, тому їх поведінка часто була невідповідною соціально – культуральним особливостям та бентежила оточуючих. В свою чергу, це призводило до зниження рівня соціальної компетентності хворих з РАС та поглиблення їх соціальної дезадаптації.

В групі порівняння показники «соціального розгальмовування» відповідали популяційним даним.

Таблиця 3.9

Показники основної групи та групи порівняння за ADI-R (інтереси та поведінка)

Ознаки	Основна група РАС, n = 61		Група порівняння Sch., n = 31		P
	сер.бал	± m	сер.бал	± m	
Незвичайні заняття	0,38	0,01	0	-	<0,001
Обмежені інтереси	0,88	0,05	0	-	<0,001
Повторюване використання предметів або зацікавленість у частинах предметів	1,03	0,04	0	-	<0,001
Компульсії / ритуали	1,17	0,05	0,29	0,03	<0,001

Продовження табл. 3.9

Незвичайні сенсорні інтереси	0,42	0,04	0	-	<0,001
Незвичайна загальна чутливість до звуку	0,85	0,04	0	-	<0,001
Ненормальне ідіосинкратичне негативне реагування на специфічні сенсорні стимули	1,17	0,02	0	-	<0,001
Складнощі із незначними змінами у звичних заняттях або навколишньому середовищі	0,78	0,05	0	-	<0,001
Супротив до незначних змін у навколишньому середовищі	0,71	0,05	0	-	<0,001
Незвична прив'язаність до предметів	0,71	0,02	0	-	<0,001
Манерні рухи руками та пальцями (манерізми)	0,62	0,01	0	-	<0,001
Інші складні манерні або стереотипні рухи тілом	0,31	0,04	0	-	<0,001
Руки рук на рівні середини тіла	0	-	0	-	<0,001
Хода	0,6	0,01	0	-	<0,001
Агресія до батьків, опікунів, членів родини	0,75	0,03	0,35	0,04	<0,001
Агресія до сторонніх людей	0,56	0,03	0,09	0,05	<0,001
Самопошкодження (аутоагресія)	0,51	0,06	0,32	0,01	0,024
Гіпервентиляція	0,04	0,04	0	-	<0,001
Непритомність, напади, втрата свідомості	0,31	0,03	0	-	<0,001
Вік появи перших симптомів	2,21	0,08	0,77	0,02	0,001

Примітка. n – кількість хворих

В домені «поведінка та інтереси» основна група мала безапеляційну перевагу в ступені та кількості порушень. Група порівняння не виконала

діагностичні критерії РАС по 15 пунктах із 20, а по решті – мала мінімальні показники відхилення від популяційних даних (рис. 3.8).

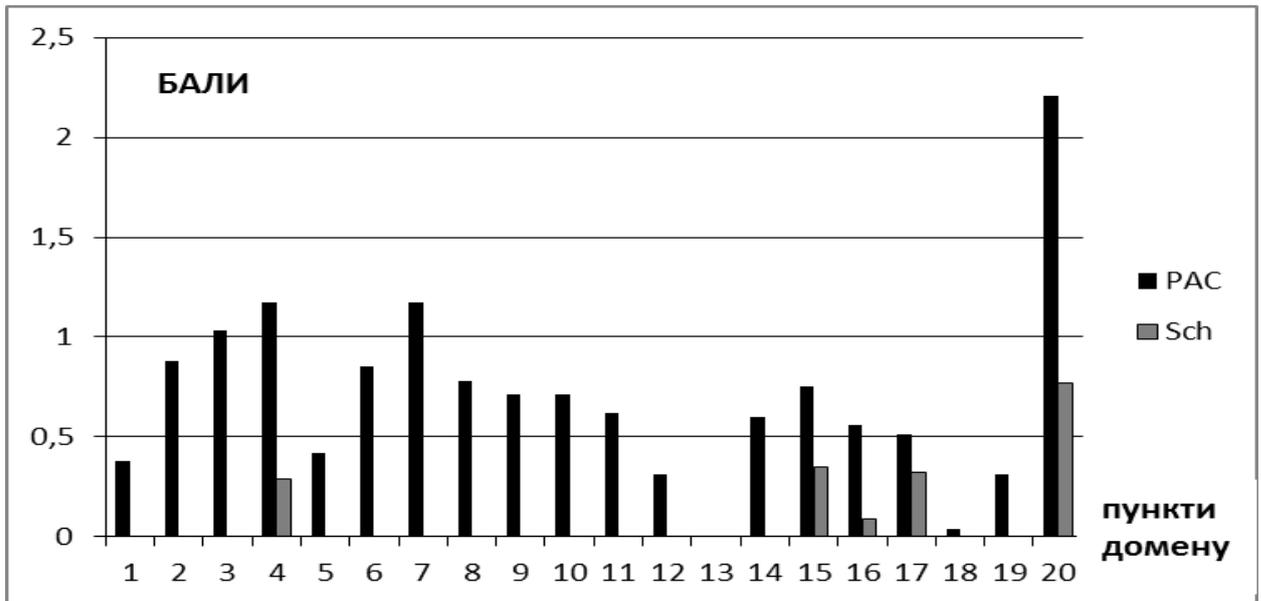


Рис. 3.8 Порівняння груп дослідження за ADI – R (інтереси та поведінка)

Незвичайна поведінка, що була дивною або незвичною по якості та такою, що повторювалася і була стереотипною, по одній або декілька характеристикам; поведінка, що була позбавленою соціальних рис, або вела до соціального погіршення, зустрічалася лише серед пацієнтів з РАС.

Що стосовно «обмежених інтересів», то подібна ситуація спостерігалася і в даному пункті інтерв'ю. Особливих за своєю якістю, а не за суттю, інтересів, які викликали суттєве втручання у соціальне функціонування пацієнтів та викликали явний соціальний дефіцит не було встановлено в групі порівняння.

Ретроспективний аналіз вказав на притаманність лише групі РАС дій стереотипного або повторюваного характеру, що являлися нефункціональними і, також, включали зацікавленість в частинах предметів, або ж використання предмета не за призначенням. Але, в основному, дані дії не викликали у рандомізованих хворих основної групи соціальний дефіцит.

Незвичайні сенсорні інтереси, що являють собою надзвичайно сильний пошук стимулів від базових відчуттів (слуху, зору тощо) не пов'язаних із їх значенням, теж мали місце тільки в основній групі.

Аналогічно до попередніх пунктів, група РАС мала стовідсоткову перевагу над групою порівняння у наявності передбачувано зростаючій чутливості до повсякденних звуків (звуки будь – яких побутових приладів у домі або автомобілів). Однак, дана чутливість не супроводжувалася явними змінами в поведінці рандомізованих хворих.

Також, рандомізовані пацієнти з РАС проявляли соціально неприйнятні форми реактивної поведінки у відповідь на специфічні сенсорні стимули та тривіальні зміни звичних занять. В даному випадку поведінка складалася з будь – якої форми негативної емоційної реакції (злість, роздратування). В основному, хворі реагували помірно виражено, або контрольовано, що не призводило до стресу та дезадаптації.

В групі шизофренії даний симптом зафіксований не був, рівно як і «складнощі із незначними змінами у звичних заняттях або навколишньому середовищі». Серед хворих з ППР, середній бал за даною ознакою склав  $0,78 \pm 0,05$ . Це свідчить про те, що негативні реакції в даній вибірці респондентів відбувалися без серйозного дистресу. Та ж сама ситуація спостерігалася із «супротивом до незначних змін у навколишньому середовищі»: група шизофренії – 0 балів, група РАС –  $0,71 \pm 0,05$  і без серйозного розладу.

Легка прив'язанність до незвичних предметів без суттєвих розладів була притаманна лише пацієнтам основної групи дослідження ( $0,71 \pm 0,02$ ). Теж саме стосувалося повторюваних рухів пальцями, руками та складних рухів тілом.

Загальна поведінка в групі шизофренії мало чим відрізнялася від такої в популяції. Незвичні способи ходи (хода навшпиньках, покачування) не були притаманні клінічній типології даної групи хворих.

Очевидь ненормальні рухи рук на рівні середини тіла, манерізми, стереотипні рухи тілом, незвична прив'язаність до предметів, їх нефункціональних частин, хода навшпиньках, епізоди гіпервентиляції – всі перераховані симптоми, з високою вірогідністю, можна віднести до патогномонічних ознак ППР. В групі порівняння дані показники сягнули «0».

Якісна різниця відмічалася між досліджуваними групами хворих у продукції ритуальної поведінки. В групі РАС ритуали мали компульсивний характер і потужно впливали на рівень адаптації та рівень соціального дефіциту. Хворі ставали збудженими, коли їх ритуальні дії переривалися.

Деякі хворі групи шизофренії виконували певні дії у фіксованій послідовності, але компульсивність в них не відстежувалася. Також, депривація ритуальних дій не вела хворих групи порівняння до вираженої дезадаптації, на відміну від пацієнтів основної групи.

Епізоди фізичної агресії в ситуаціях, які не відповідали реальній загрози життю чи здоров'ю хворих, переважали в групі РАС. В більшій мірі, агресивні дії відбувалися стосовно членів родини, в меншій мірі – відносно сторонніх людей та самих себе.

Агресивні тенденції в поведінці рандомізованих хворих на шизофренію були майже порівну наведені як на близьких родичів так і на сторонніх людей. Аутоагресія в групі порівняння мала місце в кількох випадках та являла собою суїцидальні спроби, в той час як серед пацієнтів з ППР вона була на рівні пошкодження м'яких тканин, без серйозних наслідків для фізичного здоров'я.

Напади зміни стану свідомості та гіпервентиляції не були характерними для групи шизофренії згідно даних нашого дослідження.

Таким чином, резюмуючи результати дослідження груп порівняння за напівструктурованим інтерв'ю аутизму з впевненістю можна підкреслити кардинальні відмінності РАС та ендогенно – процесуальної патології.

Кількість середніх балів за всіма трьома доменами ADI – R говорить сама за себе (рис. 3.9).

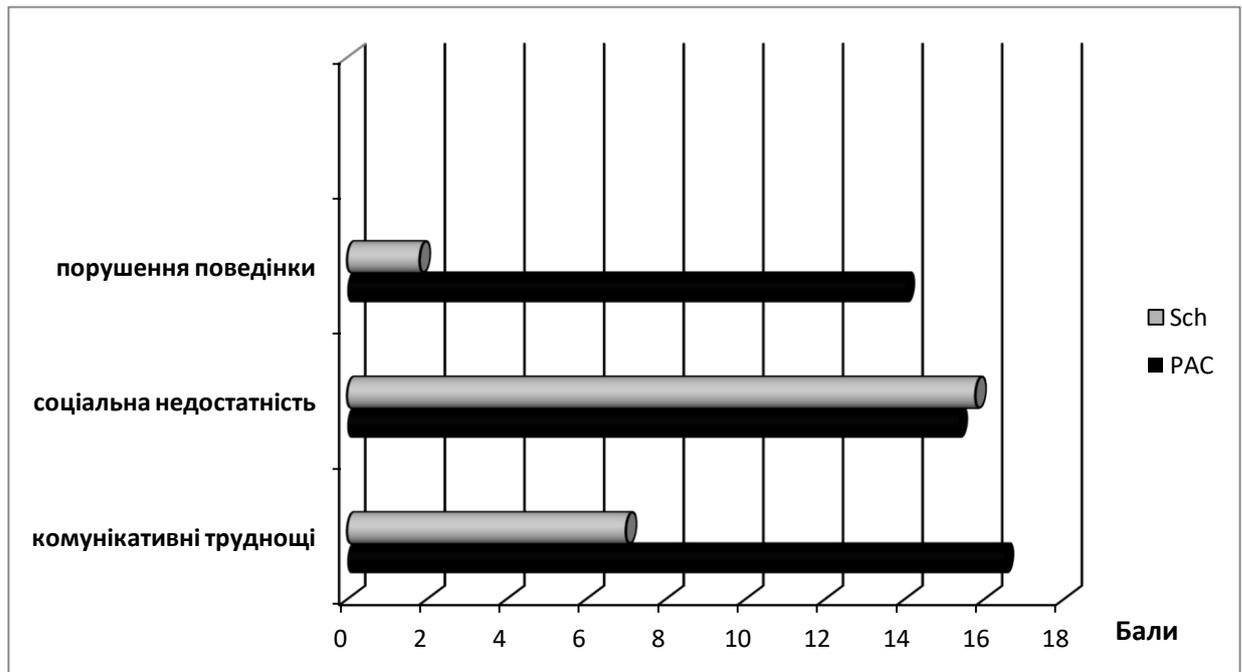


Рис. 3.9 Лінійчата діаграма представленості середніх балів груп дослідження за ADI – R

На діаграмі (рис. 3.9) чітко видно, що найбільш наближені показники середнього балу за ADI – R в обох групах дослідження встановлені лише в якісних порушеннях соціальної взаємодії. Однак, треба зробити акцент на походженні та патогенетичних відмінностях соціальної дисфункції в групах порівняння.

Не дивлячись на майже однакову кількість середніх балів у даному домені (PAC –  $15,34 \pm 0,5$ ; Sch –  $15,78 \pm 0,7$ ), очевидними є відмінності у походженні дефіциту соціальної взаємності. В групі PAC дане порушення є одним із стрижневих та діагностичноутворюючих в симптомокомплексі розладу і спостерігається у пацієнтів від самої маніфестації захворювання. Із застосуванням ранніх інтервенцій якість соціальних ініціатив у хворих з PAC може зростати. При ендогенних психозах соціальна реципрокність нарощує інтенсивність якості порушень та стає більш вираженою із зростанням стажу захворювання, досягаючи свого максимуму при розвитку у пацієнтів кінцевих дефектних станів.

Мовленнєво-комунікативні порушення серед пацієнтів основної групи превалювали над таким у групі порівняння більше як вдвічі. В групі РАС даний показник склав  $16,15 \pm 0,5$ ; Sch. –  $7 \pm 0,5$ . В даному домені катамнестичною особливістю, окрім більшого середнього балу, було порушення розвитку мовлення та/ або його затримка і регрес серед рандомізованих хворих з ППР. В групі порівняння якісні порушення комунікації були обумовлені розвитком апато – абулічного синдрому із зниженням енергетичного потенціалу, або ж галюцинаторно – маячних мотивацій.

Найпомітніша, майже «кричуща» диференціація між групами РАС та шизофренії відбулася в симптомокомплексі поведінкових порушень (РАС –  $14,01 \pm 0,7$ ; Sch –  $1,82 \pm 0,1$ ). Більш як десятикратна різниця середніх балів обумовлена сутністю розладів, їх типологічною відмінністю. Особливо це проявилось в ідіосинкратичному реагуванні хворих з РАС на специфічні сенсорні стимули, наявності в них манеризмів, супротиву змінам та потягу до незвичних предметів або їх нефункціональних частин.

#### 3.1.4. Коморбідна психічна патологія в групах порівняння

Коморбідна патологія є предиктором патоморфозу психічних розладів та посідає важливе місце у формуванні адаптаційних механізмів. Більшість сучасних спеціалістів погоджуються з тим, що вивчення коморбідних розладів допомагає розширити знання про основне захворювання та сформувати патогенетично обґрунтовану стратегію лікування. В свою чергу, науково обґрунтована терапевтична тактика позитивно впливає на динаміку та прогноз основного розладу, зменшує витрати на лікування та покращує адаптацію хворих.

Таблиця 3.10 описує представленість супутньої патології виявленої нами в обох досліджуваних групах. В таблиці відображено коморбідні розлади, які мали істотний вплив на становлення клініки основного

захворювання та на рівень соціального функціонування і адаптивної поведінки пацієнтів. Дана патологія була представлена трьома нозологічними одиницями: тривожний розлад, депресивний розлад, епілепсія.

Таблиця 3.10

## Представленість коморбідних розладів в групі РАС та шизофренії

Супутня патологія	Основна група РАС, n = 61		Група порівняння Sch., n = 31	
	%	± m	%	± m
Тривожний розлад	45,9	6,3	32,25	8,4
Депресивний розлад	62,29	6,2	87,09	6
Епілепсія	14,7	4,5	3,2	3,1

Примітка. n – кількість хворих

З представлених даних видно, що тривога була присутня в обох випадках, але з суттєвою різницею по відношенню до 100 %. Пацієнти з РАС були тривожними і афективно нестабільними при змінах повсякденної рутини. Хворим на ендогенні психози було притаманне виражене занепокоєння, іноді, навіть у супроводі соматичного «акомпанементу», внаслідок страхів або галюцинаторних переживань. Особливістю було те, що в основній групі РАС майже у всіх пацієнтів з тривожним розладом спостерігалася наявність СДУГ (n = 23).

Інша ситуація склалася з показниками депресивного розладу: спостерігалось переважання групи шизофренії над групою РАС. Однак, не всі хворі на шизофренію, з діагностованою коморбідною депресією, отримали фармакологічне лікування з даного приводу.

Звертає на себе увагу представленість епілепсії. В групі порівняння вона була незначною ( $3,2 \pm 3,1$  %) та, в цілому, суттєво не впливала на якість адаптації та інклюзії її учасників. В основній групі показник даної патології мав клініко-моделюючий характер та значно корелював із рівнем соціально-адаптивної поведінки пацієнтів ( $R = 0,997$ ;  $p < 0,001$ ). У хворих групи РАС,

які мали супутній епілептичний розлад, тяжкість основних симптомів захворювання була вищою ніж в тих, які не мали даної патології.

### 3.1.5. Порівняння методів терапії групи РАС та групи шизофренії

Більше половини рандомізованих пацієнтів з РАС ( $n = 33$ ) помилково оцінювалися лікарями, як хворі на один із розладів спектра шизофренії.

Багато супутніх психопатологічних симптомів при РАС дають позитивну відповідь на лікування нейролептичними препаратами. Спираючись на це, лікуючі спеціалісти довгий час продовжували психотерапію коморбідної патології невірно діагностованих хворих, вважаючи її за прояви основного розладу.

Таким чином, в 33 випадках підлітки та дорослі з РАС були прирівнені психіатрами до хворих з ендогенно – процесуальною патологією та спостерігалися ними певний проміжок часу, отримуючи відповідні до помилкового діагнозу лікувально - реабілітаційні заходи.

В свою чергу, серед пацієнтів, що були діагностовані належним чином, лише половина (8 підлітків, 6 дорослих) отримали адекватну терапію коморбідного спектра (тривожних, депресивних та obsесивно – компульсивних симптомів). Решта хворих ( $n = 14$ ; 4 та 10 відповідно) отримували втручання лише згідно основного розладу, у вигляді навчальних та психоосвітніх програм.

Отже, лише 28 підлітків та дорослих з РАС отримали нозологічно вірну терапію коморбідних станів та / чи основного розладу.

В групі порівняння, де проблем з діагностикою не спостерігалось, більшість пацієнтів ( $n = 21$ ) на момент дослідження отримували фармакотерапію основного захворювання. Медикаментозне лікування коморбідної патології спостерігалось лише в кожному третьому випадку. Низький комплаєнс був наслідком дефекту особистості, гіпобулії або

загострення маячної симптоматики. Ніяких видів інтенсивної психотерапевтичної допомоги не отримав жоден пацієнт даної групи.

В таблиці 3.11 показана кількість рандомізованих хворих, що отримали лікування з приводу супутньої патології.

Згідно даних таблиці, хворі з РАС переважали в кількості тих, що отримали лікування коморбідних розладів та продовжували його під час дослідження. Однак, більша частка з них, за катамнестичними даними, отримувала неадекватну терапію щодо свого основного захворювання.

Таблиця 3.11

Кількість пацієнтів, які отримували терапію коморбідних розладів

Вид терапії	Основна група РАС, n=61		Група порівняння Sch., n=31	
	%	± m	%	± m
Фармакологічне лікування	77,04	5,38	35,48	8,59
Немедикаментозне втручання	45,9	6,38	-	-

Примітка. n – кількість хворих

Медикаментозне лікування рандомізованих пацієнтів залежало від їх віку, рівня когнітивного функціонування, розвитку мовлення, моторних функцій та наявності супутніх захворювань.

При антипсихотичній терапії пацієнтів групи РАС найчастіше використовувалися атипові нейролептики рисперидон та клозапін, в середніх терапевтичних дозах. Застосування інших антипсихотиків, в тому числі й типових, було рідшим. Галоперидол і трифтазин приймали лише ті хворі з РАС, які були помилково ідентифіковані дільничними лікарями, як ті, що мають шизофренію.

На час обстеження продовжували приймати антипсихотики 13 хворих з РАС, з них – 8, що мали помилковий діагноз ендогенно – процесуальної патології. Переважна більшість хворих відмовилася від прийому

нейролептичних засобів по досягненні повноліття внаслідок неефективності лікування, або посилення побічної дії даної групи препаратів. Продовжили прийом антипсихотиків пацієнти з поведінковими розладами.

Інша ситуація склалася в групі шизофренії, де в психофармакологічному лікуванні переважали типові антипсихотики, з великою часткою препаратів пролонгованої дії (галоперидол, клопиксол, модитен). Нейролептики нового покоління були представлені такими препаратами, як рисперидон, кветіапін, амісульпрід та аріпіпразол.

При супутніх депресивних розладах в групі порівняння застосовували, переважно, трициклічні антидепресанти (амітриптилін).

В групі РАС ефективно застосовувалися селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС) (циталопрам, сертралін) для лікування коморбідних депресій, тривожних розладів і рухових стереотипій.

Для купірування тривоги хворі на психози отримували потужні ін'єкційні транквілізатори (сібазон), в той час, як пацієнти з РАС обмежувалися більш «легкими» таблетованими анксиолітиками (гідазепам).

Не приймали медичні засоби, на момент обстеження, 10 рандомізованих хворих з групи шизофренії. В основній групі дослідження 43 з 52 пацієнтів відмовилися від лікування нейролептиками; продовжили приймати антидепресанти та транквілізатори 47 хворих. 18 пацієнтів з РАС продовжили приймати рисперидон, у зв'язку з поведінковими порушеннями.

Згідно представленим даним методи лікування ендогенно – процесуальних розладів та первазивних порушень розвитку помітно відрізнялися (табл. 3.12). Фармакотерапія була основним видом лікування шизофренії, а психотерапевтичні методики не використовувалися.

Також, при фармакотерапії шизофренії були очевидними поліпрагмазія та політерапія, застосовувалися декілька груп нейротропних препаратів. Нейролептик, або декілька нейролептиків комбінувалися з антидепресантом та транквілізатором (у гострому періоді).

Таблиця 3.12

Представленість фармакологічних препаратів серед отриманого лікування з моменту первинної діагностики розладів у рандомізованих хворих основної групи та групи порівняння

Фармакологічна група препаратів	Назва препарату	Основна група РАС, n = 61		Група порівняння Sch., n = 31	
		%	± m	%	± m
Антипсихотикі	Аміназин	1,63	1,62	48,37	8,97
	Амісульпрід	9,83	3,81	19,35	7,09
	Арпіпразол	9,83	3,81	12,9	6,02
	Галоперидол	4,91	1,66	80,64	7,09
	Кветіапін	8,19	3,51	38,7	8,74
	Клозапін	19,67	5,08	45,16	8,93
	Клопіксол	3,27	2,27	32,25	8,39
	Модитен	3,27	2,27	16,12	6,6
	Оланзапін	6,55	3,16	19,35	7,09
	Рисперидон	31,14	5,92	25,8	7,85
	Сульпірид	4,91	1,66	38,7	8,74
	Трифтазін	3,27	2,27	51,61	8,97
	Хлорпротиксен	6,55	3,16	35,48	8,59
	Анксиолітики	Адаптол	1,63	1,62	-
Гідазепам		6,55	3,16	16,12	6,6
Сибазон		-	-	38,7	8,74
Антидепресанти	Амітриптилін	1,63	1,62	22,58	7,5
	Міансерін	3,27	2,27	3,22	3,17
	Сертралін	24,59	5,51	6,45	4,41
	Циталопрам	36,06	6,14	3,22	3,17
Протиепілептичні	Бензонал	1,63	1,62	3,22	3,17
	Карбамазепін	6,55	3,16	-	-

Продовження табл. 3.12

Фармакологічна група препаратів	Назва препарату	Основна група РАС, n=61		Група порівняння Sch., n=31	
		%	± m	%	± m
Інші групи (ноотропні, вітамінні, судинні):	Вітаміни гр. «В»	88,52	4,08	93,54	4,41
	Кавінтон	34,42	6,08	25,8	7,85
	Пірацетам	45,9	6,38	51,61	8,97
	Фенібут	6,55	3,16	19,35	7,09

Примітка. n – кількість хворих

Після нівелювання психотичних проявів захворювання хворі переводилися на підтримуючу монотерапію одним з нейролептиків.

При РАС пріоритет надавався біопсихосоціальним моделям терапії у вигляді поведінкових втручань. Використання нейролептиків та інших медикаментів було обмежене і спрямоване лише на нівелювання супутніх емоційно – вольових розладів, порушень поведінки тощо. Медикаментозна терапія, в переважній більшості випадків (n = 35), включала застосування одного атипичного антипсихотика в монотерапії. Як правило, це був рисперидон.

Комбіноване лікування в обох групах включало також ноотропні препарати, вітаміни групи «В», судинні препарати та біостимулятори.

Треба зазначити, що жоден з рандомізованих пацієнтів не отримував державної соціальної підтримки та психотерапевтичного лікування. Всіх хворих немедичною допомогою забезпечували члени родини. Враховуючи економічне навантаження на родини хворих, дана підтримка не завжди була своєчасною та мала високий рівень якості. Як наслідок, у всіх обстежених, по досягненні повноліття, значно знизився рівень соціальної адаптації.

### 3.1.6. Клініко – динамічні особливості груп порівняння за авторською уніфікованою картою обстеження хворих

Таблиця 3.13 містить дані інтерв'ювання рандомізованих хворих за авторською уніфікованою картою обстеження.

Відмінною особливістю перебігу розладів у ранньому віці була наявність не тільки затримки, а й регресу навичок та мовлення при РАС та його відсутність при шизофренії. Також, було відомо, що подальше відновлення регресованого або затриманого розвитку з більшою динамікою відбувалося в основній групі дослідження.

Показники рівня соціальної реципрокності пацієнтів з ендогенно-процесуальною патологією перевищували показники основної групи в декілька разів. Особливо помітна, статистично значуща різниця ( $p < 0,001$ ) відмічалася при оціненні вміння розуміти жарти, побудовані на грі слів та вмінні підтримувати дружні стосунки.

Група хворих з РАС показала значно менший середній бал від результатів групи порівняння в домені «порушення комунікації». Лише за розумінням зверненої мови пацієнти з РАС наближались до показників групи шизофренії. Найбільш значуща різниця між групами респондентів спостерігалась в категорії невербальної комунікації.

За всіма оціночними категоріями ознаки «повторювана поведінка» рандомізовані пацієнти з РАС абсолютно переважали пацієнтів групи шизофренії. Контрольна група не мала в своєму складі жодного учасника з обмеженими, специфічними інтересами. Ні один хворий на шизофренію, також, не був прихильником дотримання специфічного нефункціонального розпорядку. Повторювані моторні рухи та стереотипне використання речей чи мовлення було більш притаманне рандомізованим хворим групи РАС.

У когнітивному функціонуванні між досліджуваними групами була перевага, майже в 1 бал, на користь хворих на шизофренію.

Таблиця 3.13

Клініко-динамічні особливості розладів аутистичного спектру та  
едогенно-процесуальної патології

Ознаки / оціночні категорії	Основна група РАС, n = 61		Група порівняння Sch., n = 31		P
	Сер. бал	± m	Сер. бал	± m	
Особливості перебігу захворювання в дитячому віці:					
Вік виникнення перших проявів	0,69	0,12	0,03	0,03	0,001
Наявність регресу навичок	0,34	0,08	0	-	<0,001
Наявність регресу мовлення	0,31	0,08	0	-	<0,001
Позитивна динаміка психічного та моторного розвитку	0,86	0,06	0,58	0,15	0,098
Позитивна динаміка розвитку мовлення	0,85	0,07	0,64	0,15	<0,001
Порушення соціальної реципрокності:					
Вміння розуміти соціальний контекст ситуацій та поводитись відповідно до нього	0,11	0,06	0,83	0,06	<0,001
Вміння розуміти жарти, побудовані на грі слів	0,01	0,01	0,67	0,08	<0,001
Вміння розуміти емоції інших	0,37	0,08	0,87	0,05	<0,001
Вміння передавати свої почуття використовуючи міміку та жести	0,2	0,08	0,93	0,04	<0,001
Вміння підтримувати дружні стосунки	0,04	0,05	0,67	0,08	<0,001
Порушення комунікації:					
Вміння розуміти звернену мову	0,96	0,02	1	0	<0,001
Вміння підтримувати діалог	0,64	0,08	1	0	<0,001
Рівень розвитку та використання активної мови	1,47	0,11	1,87	0,06	<0,001
Рівень невербальної комунікації	0,52	0,12	1,67	0,08	<0,001
Повторювана поведінка:					
Активна діяльність в межах специфічних інтересів	0,08	0,04	0	-	<0,001
Дотримання нефункціонального розпорядку та ритуалів	0,23	0,07	0,03	0,03	0,015
Стереотипні та повторювані механічні дії	0,53	0,08	0,12	0,06	0,001

Продовження табл. 3.13

Ознаки / оціночні категорії	Основна група РАС, n=61		Група порівняння Sch., n=31		P
	Сер. бал	± m	Сер. бал	± m	
Когнітивне функціонування:					
Рівень розуміння письмової мови	2,18	0,18	2,96	0,03	0,018
Рівень використання письмової мови	2,08	0,19	2,93	0,04	0,027
Соціальне функціонування:					
Освіта	0,61	0,09	1,51	0,15	0,015
Трудова діяльність	0	-	0,51	0,19	0,065
Сімейний стан	0	-	0,06	0,06	<0,001
Наявність особливих вмінь та навичок	0,01	0,01	0,03	0,03	<0,001
Наявність хобі	0,17	0,06	0,06	0,06	0,048
Схильність до агресії, аутоагресії	0,55	0,08	0,51	0,08	0,652
Наявність рухливої розгальмованості, гіперактивності	0,26	0,08	0,18	0,07	0,232
Здатність до самостійного функціонування	0,67	0,1	1,19	0,11	<0,001
Коморбідні психічні розлади:					
Наявність маячних ідей	0	-	2,03	0,21	<0,001
Наявність галюцинацій, псевдогалюцинацій	0	-	1,12	0,21	<0,001
Наявність порушення абстрактного мислення	2,16	0,17	2,93	0,04	0,214
Наявність притупленого афекту, зниженої емоційності	1,37	0,21	2,87	0,06	0,001
Наявність підвищеного настрою, емоційної збудженості	0,54	0,13	0,16	0,09	0,046
Наявність дисфорій	1,56	0,19	1,12	0,17	0,018
Коморбідні епілептиформні розлади:					
Наявність фебрильних судом в анамнезі					
Наявність епілептичних нападів та отримання протисудомної терапії в анамнезі	0,05	0,02	0	-	<0,001
Наявність в даний час епілептичного процесу та протиепілептичного лікування	0,05	0,02	0,03	0,03	<0,001
	0,04	0,03	0	-	<0,001

Примітка. n – кількість хворих

В домені «соціальне функціонування» відмічалися дещо суперечливі показники.

Основна група програвала групі порівняння в рівні та кількості отриманої хворими освіти, однак, наближувалася до неї за середнім балом у «наявності особливих вмінь та навичок» і впевнено переважала у «наявності хобі».

Присутність агресивної поведінки рандомізованих хворих основної групи превалювала над такою в групі порівняння майже вдвічі. Особливістю даної оціночної категорії було те, що серед пацієнтів з РАС агресивні тенденції, в більшості випадків, були пов'язані із близьким оточенням. В той час як, в групі шизофренії, агресія була спрямована однаково сильно як на членів родини так і на сторонніх осіб.

Щодо самостійного функціонування, то пацієнти з шизофренією виявилися більш здатними обслуговувати себе в побуті, планувати свою діяльність та вільний час. Рандомізовані хворі з РАС, в основній своїй масі, потребували сторонньої допомоги, як в рутинних справах так і в організації більш складної діяльності.

Що стосується коморбідних психічних розладів, то, за даними нашого дослідження, переважання середнього балу групи шизофренії над групою РАС відмічено в категорії притупленого афекту зі зниженою емоційністю. Вищі середні бали за наявністю підвищеного настрою, емоційної збудженості та наявністю дисфорій отримала група ППР. За наявністю продуктивної галюцинаторно - маячної симптоматики основна група набрала «0» балів у 100 % випадків. Дана ознака може розцінюватися як диференційно-діагностична.

Використання факторного аналізу при оцінюванні наведених в таблиці даних дозволило виділити ознаки, що вагомо впливали на діапазон та тяжкість клінічних проявів, рівень адаптивної поведінки. Дуже високу факторизуємість мали показники соціально-когнітивного функціонування: в

групі ППР – 1,997 з долею дисперсії 99,862 % та в групі шизофренії – 1,963 з долею дисперсії 98,128 %.

### 3.2. Особливості соціального функціонування хворих з розладами аутистичного спектра по досягненні повноліття

Згідно даних дослідження було виявлено, що з віком відбувається трансформація клінічного симптомокомплексу РАС. Зміна провідних синдромів ППР мала певний вплив на рівень адаптації та соціалізації пацієнтів.

Також, нами було висунуто припущення, що коморбідна патологія має патопластичні властивості та може вагомо впливати на зміни клінічної картини РАС. Дана інформація була підтверджена результатами нашої роботи. Як наслідок, різні вікові групи потребували диференційованого підходу у виборі терапевтичної тактики.

Отже, щоб надати якісну соціально-медичну допомогу хворим, спочатку потрібно дослідити вікові клініко-динамічні особливості РАС. Що, в свою чергу, дасть змогу визначити показники адаптивних можливостей та рівня соціального функціонування пацієнтів різних вікових груп.

#### 3.2.1. Соціально – демографічні показники розладів аутистичного спектра у підлітків та дорослих

Для з'ясування соціально – демографічних показників, поліморфізму клінічної картини та вікових особливостей соціальної реципрокності, основну групу пацієнтів в ході дослідження було рандомізовано за віком на дві підгрупи (А, В) (рис. 3.10). Підгрупа А складалася з 31 підлітка у віці 17 – 18 років (середній вік  $17,61 \pm 0,10$  років); підгрупа В – з 30 повнолітніх у віці 19 – 27 років (середній вік  $22,03 \pm 0,40$  років).

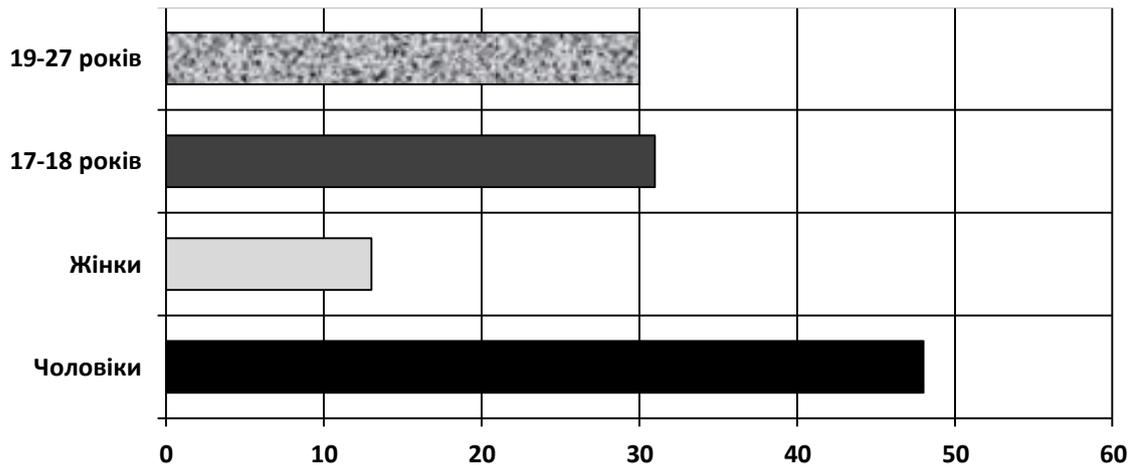


Рис. 3.10 Співвідношення рандомізованих пацієнтів за статтю та віком

Подальша рандомізація за статтю показала, що співвідношення кількості чоловіків до жінок серед пацієнтів відповідає популяційним даним і становить  $\sim 1:4$ ; чоловіків – 48 ( $78,69 \pm 5,24 \%$ ), жінок – 13 ( $21,31 \pm 5,24$ ).

Вік виникнення перших клінічних проявів РАС є подібним в обох підгрупах, як можна бачити в табл. 3.14.

Таблиця 3.14

Вік виникнення перших симптомів РАС в основній групі обстеження

Вік виникнення перших симптомів, міс..	Підгрупа «А»-підлітки, n = 31, кільк.хв..	Підгрупа «В»-дорослі, n = 30, кільк. хв..
До 12	10	6
12– 36	15	16
Старше 36	6	8

Однак, не у всіх хворих розлад був вірно кваліфікований одразу після маніфестації РАС. У 15 повнолітніх пацієнтів розлад було діагностовано у віці понад 18 років, при проведенні обстеження під час оформлення групи інвалідності. Кожен з даних респондентів мав низькі показники соціальної інклюзії та загальної адаптації. Жоден з цих хворих не мав сформованих дружніх стосунків з однолітками, не мав освіти та роботи; емоційні контакти

залишалися порушеними, поведінка не відповідала соціальній ситуації. Неспроможність вести самостійне життя, без будь-якої підтримки була наслідком побутової дезадаптації.

В свою чергу, 18 рандомізованих нами підлітків, які мали потребу у спілкуванні, але не були здатні підтримувати дружні стосунки та стійку спільну діяльність, були діагностовані в дитинстві як хворі на дитячу шизофренію.

Дані явища були зумовлені помилковою діагностикою, внаслідок недостатньої соціальної реципрокності пацієнтів (спецефічні інтереси, незвична соціальна поведінка) та, як слідство, помилковими лікувально-реабілітаційними заходами.

Обтяженість особистого анамнезу рандомізованих пацієнтів перинатальною патологією мала місце в  $90,2 \pm 3,8$  % випадків і була представлена патологічною вагітністю (внутрішньоутробні інфекції, токсікоз), та/або ускладненими пологам (кесарів розтин, акушерські щипці, вакуумекстракція, медикаментозна стимуляція) (рис. 3.11). В решті спостережень,  $9,8 \pm 3,8$  %, внутрішньоутробний розвиток хворих відбувався фізіологічно.

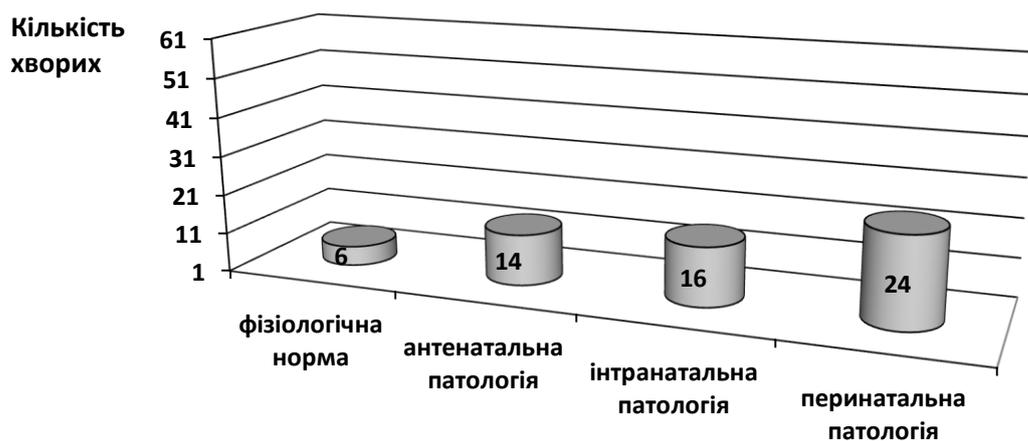


Рис. 3.11 Представленість перинатальної патології в анамнезі респондентів

Найбільш часто зустрічалось поєднання проблем антенатального та інтранатального періодів. Згідно вказаних даних можна припустити, що перинатальна патологія є одним із чинників, які підвищують ризик маніфестації РАС.

Також, предиспозицією виникнення РАС цілком можуть бути психічні травми, фізичні травми, щеплення, які мали місце в 28 спостереженнях нашого дослідження, що являє собою майже половину рандомізованих пацієнтів. В решті випадків ( $n = 33$ ), не було зафіксовано причинно-наслідкового зв'язку маніфестації РАС із дією середовищних чинників.

Приблизно в третині випадків була виявлена так звана ретардація психофізичного розвитку, тобто його затримка, або його регрес. Під регресом мала на увазі втрата надбаних навичок і мовлення. Відповідно, в підгрупі «А» регрес та затримка становили  $28 \pm 8 \%$  та  $35,5 \pm 8,5 \%$ ; в підгрупі «В» –  $26,6 \pm 8 \%$  та  $33,3 \pm 8,6 \%$ .

Серед підлітків, сертифікат про середню освіту здобули 17 респондентів. 15 повнолітніх пацієнтів також отримали середню освіту, 8 – середньо-спеціальну, 2 закінчили навчання у вишах на момент обстеження. Діапазон інтелекту в досліджених підгрупах коливався від норми до важкої його недостатності ( $F 72$ ). В  $2/3$  випадків IQ хворих знаходився на рівні легкої розумової відсталості ( $F 70$ ), або межував із нею. Середній бал в групі підлітків склав 69, серед повнолітніх – 71.

Треба відзначити той факт, що когнітивні можливості рандомізованих пацієнтів були вищими, ніж в середньому в популяції у хворих з інтелектуальною недостатністю без РАС. Це підтверджується наведеними вище анамнестичними даними про кількість респондентів, що отримали освіту. Однак, рівень адаптації та соціального функціонування був значно гіршим від когнітивного в тих випадках, де IQ нижче за норму ( $< 70$  балів).

Отже, рівень IQ із впевненістю можна вважати предиктором рівня когнітивного функціонування хворих з РАС.

### 3.2.2. Клініко – динамічні особливості розладів аутистичного спектра у підлітків та дорослих

Для з'ясування клініко – динамічних особливостей РАС в різних вікових групах нами було проведено ретроспективне дослідження когорти підлітків та повнолітніх з ППР за допомогою напівструктурованого діагностичного інтерв'ю аутизма (ADI – R) (табл. 3.15 – 3.17).

Дані нашого дослідження виявили певні зміни ключових симптомів РАС із зростанням та дорослішанням рандомізованих пацієнтів.

Згідно даних обстеження, в домені «мовленнєве та комунікативне функціонування» підгрупа підлітків отримала дещо відмінні результати від дорослих пацієнтів. Відхилення по всім пунктам незначні ( $p < 0,05$ ), але, в цілому, повнолітні хворі мали кращі показники.

Якщо конкретизувати, то підлітки з РАС продемонстрували більш виражену недостатність безпосередньо в процесі мовлення та невербальної комунікації. У неповнолітніх хворих частіше спостерігалось спонтанне використання мовлення, але з обмеженнями у комунікативному сенсі.

Порушення рецептивної мови в підгрупі повнолітніх пацієнтів з ППР в більшій мірі, ніж у підлітків, поєднувалися з порушеннями якості соціальної вербалізації та взаємного спілкування. Проте, повнолітні хворі виявили більшу компетентність у володінні експресивною мовою та інструментальними жестами, використовуючи навички вербальної та невербальної комунікації в різноманітних контекстах з метою спілкування.

Підлітки гірше розуміли звернену мову, а також мали гірші навички підтримання діалогу.

Таблиця 3.15

Порівняння підгруп «А» та «В» за ADI-R (мовленнєве та комунікативне функціонування)

Ознаки	Група РАС, Підгрупа «А», Підлітки, n=31		Група РАС, Підгрупа «В», Повнолітні, n=30		P
	сер.бал	± m	сер.бал	± m	
Розуміння простої мови	1,6	0,02	1,2	0,02	<0,001
Загальний рівень розвитку мовлення	0,48	0,08	0,76	0,01	<0,001
Використання тіла іншої людини для спілкування	0,6	0,02	0,7	0,01	<0,001
Артикуляція / Вимова	0,9	0,04	0,34	0,01	<0,001
Стереотипна вимова	0,91	0,04	1,05	0,03	0,001
Соціальна вербалізація / Спілкування	0,71	0,09	0,35	0,01	0,046
Взаємне спілкування	1,1	0,05	0,74	0,02	0,004
Недоречні запитання або ствердження	0,6	0,02	0,32	0,01	0,007
Інверсія займенників	0,69	0,04	0,32	0,08	0,001
Неологічна / Унікальна мова	0,25	0,02	0,26	0,04	<0,001
Вербальні ритуали	0,38	0,06	0,27	0,04	0,001
Інтонація / Гучність / Ритм / Темп	0,21	0,04	0,39	0,05	<0,001
Поточне комунікативне мовлення	1,76	0,06	0,89	0,02	<0,001
Вказування (пальцем) для вираження зацікавленості	2,02	0,04	0,51	0,02	<0,001

Продовження табл. 3.15

Ознаки	Група РАС, Підгрупа «А», Підлітки, n=31		Група РАС, Підгрупа «В», Повнолітні, n=30		P
	сер.бал	± m	сер.бал	± m	
Кивання (позитивний рух головою)	0,35	0,01	0,09	0,02	0,027
“Мотання” Головою (негативний рух головою)	1,1	0,08	0,79	0,03	<0,001
Звичайні / Інструментальні жести	1,65	0,02	0,68	0,04	<0,001
Увага до голосу	1,2	0,04	0,9	0,01	<0,001
Спонтанні імітації дій	0,49	0,04	0,91	0,01	<0,001
Уявні ігри	1,3	0,02	0,69	0,04	<0,001
Уявні ігри з однолітками	1,6	0,01	0,59	0,03	<0,001

Не дивлячись на кращі мовленеві навички, повнолітні з РАС частіше використовували очевидно недоречні до ситуації ствердження, ніж підлітки. Це стосувалося й високофункціональних пацієнтів.

Після формування фразової мови, феномен використання займенників третього лиця однини («ти», «він», «вона») замість «я» частіше мав місце серед неповнолітніх пацієнтів.

Генерування страних слів зустрічалось практично однаково рідко в обох підгрупах ( $0,25 \pm 0,02$ ;  $0,26 \pm 0,04$ ).

Тенденція говорити «ритуальним» стилем була більш притаманна підлітковому віку. В більшості випадків це відбувалося із деякою дезорганізацією повсякденного життя рандомізованих хворих, але без значного соціального дефіциту.

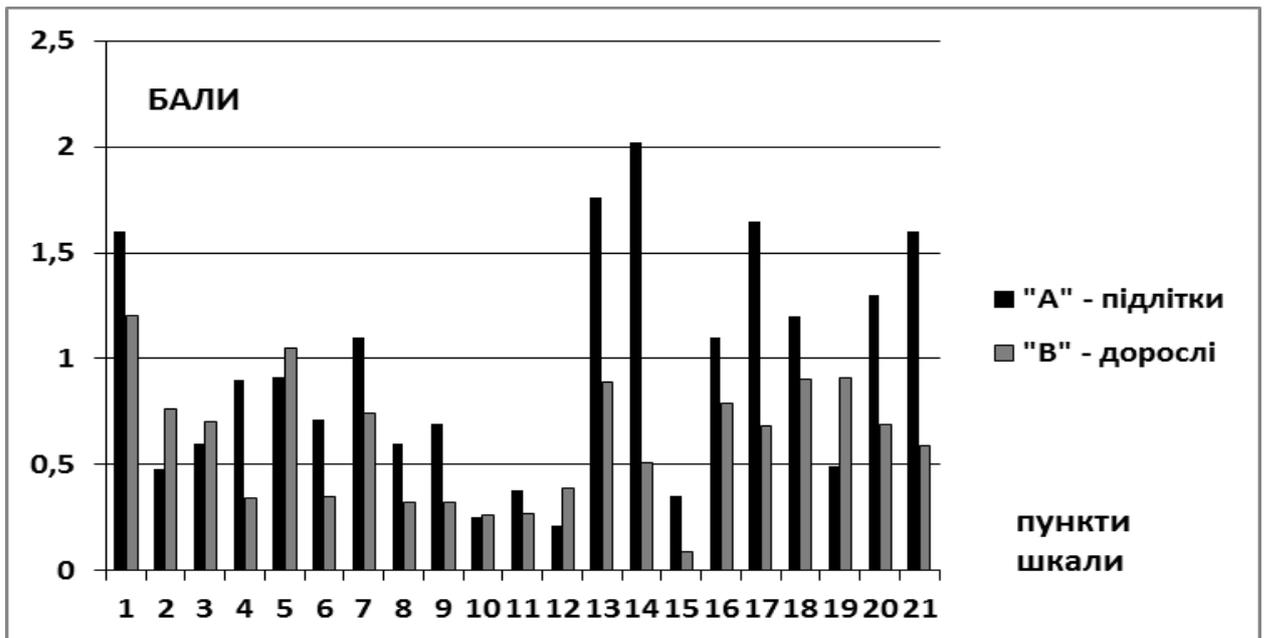


Рис. 3.12 Порівняння підгруп «А» та «В» за ADI-R (мовленнєве та комунікативне функціонування)

Паралінгвистичні аномалії були представлені в обох підгрупах, з переважанням у повнолітніх. Найчастіше зустрічалось порушення гучності та ненормальна інтонація.

Спонтанна моторика краще була розвинена у неповнолітніх хворих, однак, дорослі пацієнти з РАС частіше використовували інструментальні жести в якості соціальних сигналів при комунікації.

Що стосується «соціального розвитку» (табл. 3.16), то згідно наших даних, з віком обмежується здатність інтуїтивного розуміння контексту соціальних ситуацій. Також було з'ясовано, що із дорослішанням, коли соціальні вимоги середовища зростали, пацієнти відчували додаткові обмеження у спонтанній організації своєї діяльності.

«Соціальна посмішка» в обох підгрупах була нерегулярною та не завжди взаємною, з майже однаковою кількістю балів ( $0,75 \pm 0,01$ ;  $0,68 \pm 0,02$ ;  $p < 0,001$ ).

«Пропонування ділитися» серед повнолітніх хворих з РАС були обмежені по кількості контекстів або по частоті. В підгрупі підлітків вони

зустрічались частіше та були більш спонтанними, але серед пацієнтів із нормальним когнітивним профілем.

Таблиця 3.16

Порівняння підгруп «А» та «В» за ADI – R (соціальний розвиток)

Ознаки	Група РАС, Підгрупа «А», Підлітки, n=31		Група РАС, Підгрупа «В», Повнолітні, n=30		P
	сер.бал	± m	сер.бал	± m	
Прямий погляд	0,34	0,09	0,45	0,01	<0,001
Соціальна посмішка	0,75	0,01	0,68	0,01	<0,001
Привертання уваги співрозмовника до предмета, що зацікавив	0,56	0,04	0,21	0,01	0,036
Пропонування ділитися	0,6	0,03	1,12	0,03	0,045
Спроби ділитися гарним настроєм з іншими	0,29	0,05	0,48	0,02	<0,001
Пропонування розради	0,74	0,03	1,21	0,05	0,001
Якість соціальних ініціатив (спроба почати спілкування)	0,61	0,02	0,52	0,01	<0,001
Спектр виразів обличчя, що використовується для спілкування	0,48	0,04	0,95	0,02	0,026
Недоречні вирази обличчя	0,61	0,02	0,69	0,02	<0,001
Адекватність соціального реагування	0,72	0,01	1,09	0,06	0,005
Ініціація відповідних дій	0,74	0,04	1,12	0,03	<0,001
Наслідуванні соціальні ігри	1,24	0,05	0,84	0,02	<0,001
Цікавість до дітей	0,82	0,03	0,64	0,01	0,033

Продовження табл. 3.16

Ознаки	Група PAC, Підгрупа «А», Підлітки, n=31		Група PAC, Підгрупа «В», Повнолітні, n=30		P
	сер.бал	± m	сер.бал	± m	
Реакція на пропонування соціального контакту від інших дітей	1,8	0,06	0,24	0,03	0,048
Групові ігри з однолітками	1,4	0,06	0,62	0,04	<0,001
Дружба	0,94	0,06	0,89	0,02	<0,001
Соціальне розгальмовування	0,89	0,09	0,56	0,04	0,001

Серед повнолітніх пацієнтів низька якість соціальних ініціатив поєднувалася з неадекватністю соціального реагування. Дорослі хворі рідко мали такі соціальні ініціативи, що включали зоровий контакт у супроводі вокалізації. Як наслідок, рівень соціальної адаптації таких хворих був низьким, що, згодом, негативно вплинуло і на якість їх життя.

Можливо даний феномен обумовлений зниженням когнітивних функцій хворих. На користь даного припущення вказує той факт, що добре скоординовані соціальні ініціативи були помічені лише у високофункціональних пацієнтів даної підгрупи, які не мали супутньої інтелектуальної недостатності. Існує думка, що вони володіють так званим високим «когнітивним резервом».

В «ініціації відповідних дій», в спонтанній організації діяльності дорослі пацієнти виявилися дещо пасивнішими та обмеженими, ніж підлітки. Хоча, взаємне наслідування та координація діяльності виявилися більш доступними для старшого віку. Результати за ADI – R показали, що дорослі рандомізовані пацієнти частіше залучалися до різноманітних видів діяльності (Рис. 3.13).

Дорослі з РАС проявляли більше цікавості до однолітків та активніше намагалися привернути їх увагу, ніж неповнолітні хворі.

Також, повнолітні пацієнти частіше за підлітків реагували на спроби однолітків встановити контакт, однак, реагування було обмеженим та непередбачуваним, або стосувалося добре знайомих людей. Підлітки дуже рідко проявляли цікавість до тих, хто намагався встановити з ними контакт, або, навіть, намагалися уникнути його.

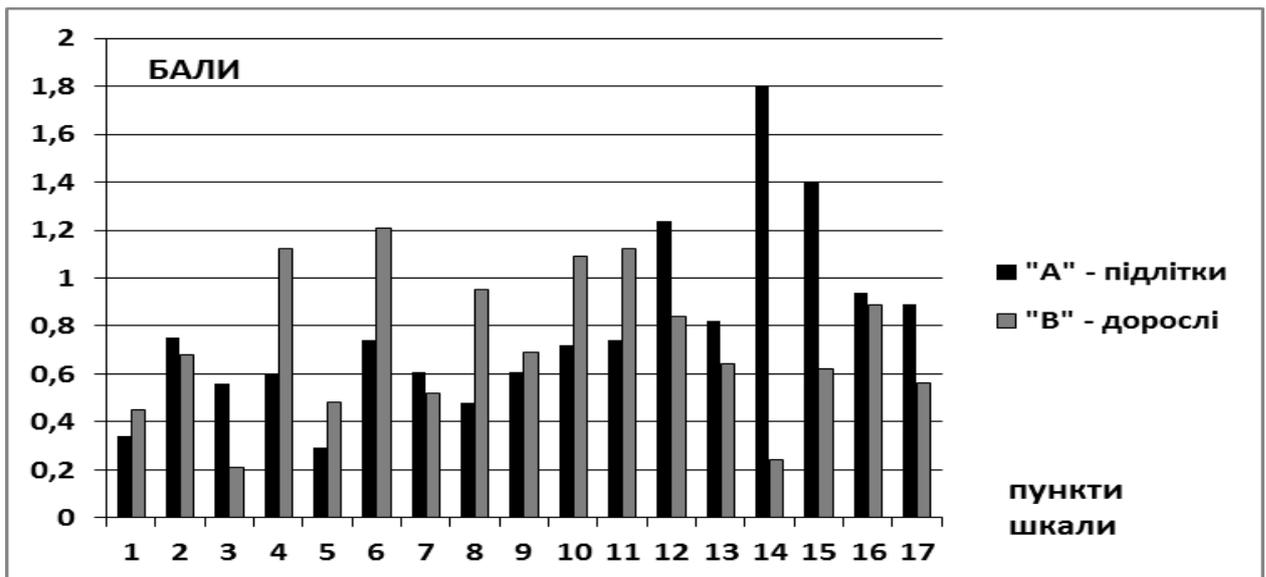


Рис. 3.13 Порівняння підгруп «А» та «В» за ADI-R (соціальний розвиток)

Теж саме встановлено в групових іграх, де повнолітні активніше за підлітків кооперувалися з однолітками, хоча й із недостатньою постійністю, ініціативою та різноманітністю. Підлітки з РАС не намагалися приймати участь у спонтанних соціальних ситуаціях.

Підлітки частіше за повнолітніх мали стійкий зоровий контакт, або використовували вокалізацію з метою спілкування.

Розуміння звернених емоцій, вміння використовувати міміку (спектр виразів обличчя) та жести для їх експресії, за результатами дослідження, виявився більш повнішим у пацієнтів підліткового віку. Серед дорослих пацієнтів він частіше був обмеженим. Однак, недоречні вирази обличчя зустрічалися майже з однаковою частотою серед пацієнтів обох вікових груп.

Вибіркові взаємні відносини були рідкістю серед пацієнтів обох підгруп. В основному хворі не мали дружніх стосунків. У тих випадках, де була присутня очевидна взаємність у стосунках з іншими людьми, кількість таких людей була не більше одного. Крім того, всі організовані заняття обмежувалися вузькими інтересами хворих або недостатньою взаємністю у відносинах.

Моделювання поведінки відповідно до соціальних очікувань в соціокультуральному середовищі було більш якісним серед дорослих пацієнтів. Підлітки були більш соціально наївними, недостатньо, або, взагалі не розуміли соціальні натяки, навіть при IQ більше 70. Відповідно, моделювання неповнолітніми хворими поведінки, згідно соціальних контекстів, було неможливим.

В домені «прояви обмеженої патологічної поведінки» обидві підгрупи мали подібні показники при оцінюванні розладів (табл. 3.17). Дана сфера порушень проявилася у соціально неприйнятних формах реактивної поведінки. Але відстежується відмінність за деякими пунктами ADI – R та певна вікова кореляція.

В підгрупі підлітків переважала демонстрація агресивної поведінки. Хоча, в своїй більшості, прояви агресії не супроводжувалися фізичним контактом, в третині випадків встановлена очевидна фізична агресія до членів родини, що включала удари та укуси, але без використання знарядь. Серед повнолітніх пацієнтів епізоди агресивної поведінки всередині сім'ї були більш рідкими та помірно вираженими, що проявлялися у надмірно грубих реакціях.

Такі ж самі вікові особливості спостерігалися в пункті «агресія до сторонніх людей». Підлітки отримали більший як вдвічі середній бал від повнолітніх хворих ( $0,78 \pm 0,02$ ;  $0,34 \pm 0,04$ ;  $p = 0,003$ ).

Навмисні акти агресії, спрямовані на самих себе, які вели до пошкодження тканин, спостерігалися майже однаково часто в обох підгрупах. Але ступінь вираженості був, в основному, легкий. Випадки

очевидних самопошкоджень, пов'язаних із серйозним ураженням тканин, були встановлені лише серед пацієнтів підліткового віку ( $n = 6$ ). Вони включали в себе кусання, удари головою або виривання волосся.

Таблиця 3.17

Порівняння підгруп «А» та «В» за ADI-R (інтереси та поведінка)

Ознаки	Група PAC, Підгрупа «А», Підлітки, $n=31$		Група PAC, Підгрупа «В», Повнолітні, $n=30$		P
	сер.бал	$\pm m$	сер.бал	$\pm m$	
Незвичайні заняття	0,36	0,01	0,4	0,01	<0,001
Обмежені інтереси	0,82	0,06	0,94	0,05	<0,001
Повторюване використання предметів, частин предметів	1,21	0,04	0,86	0,05	<0,001
Компульсії / Ритуали	0,71	0,08	1,64	0,03	<0,001
Незвичні сенсорні інтереси	0,49	0,01	0,36	0,07	<0,001
Незвична загальна чутливість до звуку	0,84	0,04	0,86	0,04	<0,001
Ненормальне ідіосинкратичне негативне реагування на специфічні сенсорні стимули	1,4	0,02	0,95	0,02	<0,001
Складнощі із незначними змінами у звичних заняттях або навколишньому середовищі	0,75	0,06	0,81	0,04	<0,001
Супротив до незначних змін у навколишньому середовищі (що не впливають безпосередньо на пацієнта)	0,69	0,01	0,74	0,09	<0,001

Продовження табл. 3.17

Ознаки	Група PAC, Підгрупа «А», Підлітки, n=31		Група PAC, Підгрупа «В», Повнолітні, n=30		P
	сер.бал	± m	сер.бал	± m	
Незвична прив'язаність до предметів	0,64	0,02	0,79	0,03	<0,001
Манерні рухи руками та пальцями (манерізми)	0,8	0,01	0,45	0,02	0,039
Інші складні манерні або стереотипні рухи тілом	0,29	0,04	0,34	0,04	<0,001
Рухи рук на рівні середини тіла	-	-	-	-	-
Хода	0,61	0,02	0,59	0,01	<0,001
Агресія до батьків. Опікунів, членів родини	0,92	0,05	0,59	0,01	<0,001
Агресія до сторонніх людей	0,78	0,02	0,34	0,04	0,003
Самопошкодження (аутоагресія)	0,48	0,07	0,54	0,06	<0,001
Гіпервентиляція	0,04	0,05	0,05	0,03	<0,001
Непритомність, напади, втрата свідомості	0,29	0,02	0,34	0,04	<0,001
Вік появи перших симптомів	2,59	0,08	1,84	0,08	0,001

Незвичайні стереотипні заняття в підгрупі підлітків дезорганізували їх соціальне функціонування в третині випадків. Серед решти неповнолітніх пацієнтів з РАС соціальний дефіцит внаслідок незвичайних занять був компенсованим. В дорослих хворих незвичайні повторювані заняття не мали впливу на рівень їх функціонування та не вели до соціального погіршення.

Обмежені по своїй якості інтереси, що не прогресували, не розвивалися, і впливали на соціальне функціонування та інші заняття пацієнтів, були представлені подібними показниками середнього балу в обох вибірках ( $0,82 \pm 0,06$ ;  $0,94 \pm 0,05$ ;  $p < 0,001$ ).

Нефункціональні дії повторюваного характеру по відношенню до предметів, їх частин, або використання предметів та їх частин не за призначенням, були притаманні пацієнтам обох вікових груп. Серед підлітків дана ознака була виражена інтенсивніше ( $1,21 \pm 0,04$ ) ніж серед дорослих ( $0,86 \pm 0,05$ ).

За результатами нашого дослідження встановлено, що пошуки незвичних сенсорних стимулів були характерні як для підлітків так і для повнолітніх рандомізованих хворих. Кількість незвичних сенсорних інтересів не перевищувала одного і була представлена майже однаково в обох підгрупах пацієнтів ( $0,49 \pm 0,01$ ;  $0,36 \pm 0,07$ ;  $p < 0,001$ ).

Представленість незвичної загальної чутливості до повсякденних гучних звуків мало відрізняється від попереднього пункту та є майже однаковою як серед підлітків так і дорослих.

Передбачуване негативне реагування на специфічні сенсорні стимули або групу стимулів було більше виражено серед підлітків. Реакції відбувалися у вигляді нападів гніву, супроводжувалися перериванням діяльності та вели до стресу. Повнолітнім хворим були притаманні більш контрольовані реакції помірної вираженості.

Складнощі із незначними змінами у повсякденній діяльності та супротив даним змінам представлені еквівалентними середніми балами серед

всіх пацієнтів. Однак, реакції на зміни в рутині були помірно виражені та не призводили до серйозного дистресу.

В процесі дослідження, пацієнти обох вікових груп показали прив'язаність до незвичних предметів (клаптики паперу, каміння). Але, розставання з даними предметами переживалось хворими безболісно та суттєво не порушувало їх функціонування.

Манерізми та стереотипні рухи тілом спостерігались серед підлітків та повнолітніх з РАС, але були не очевидними та випадковими.

Показники середнього балу за дивною ходою (навшпиньках, на п'ятах) були майже ідентичними в обох підгрупах пацієнтів з РАС та різнилися лише на 0,002 ( $0,61 \pm 0,02$ ;  $0,59 \pm 0,01$ ;  $p < 0,001$ ).

Повнолітні рандомізовані хворі виявилися більш активними у здійсненні ритуалів та компульсивних дій. Фіксована послідовність дій виконувалася ними ніби під тиском та вела до соціальної дисфункції. Серед підлітків зустрічалася незвична послідовність дій, але в ній не відстежувалась компульсивність.

Не виключено, що даний вид поведінкових порушень можна вважати віково – залежним, так як, з підвищенням віку, поведінка моделюється відповідно соціо – культурному середовищу. В нашому випадку поведінкові реакції в дорослому віці були емоційно – залежними, однак, більш диференційовані ніж у підлітків.

Також, вважається, що, чим старше пацієнти, тим масштабніше діапазон проявів їх емоцій. Отже, очікувалося, що підгрупа «В» буде легше інтегруватися в суспільне середовище, зважаючи на філогенетичні особливості. Однак, дослідження вказало на протилежний результат. Чим старше були хворі, тим нижче був рівень емоційної когніції та потенціал адаптаційних механізмів.

Таким чином, з віком зростала питома вага емоційно – поведінкових порушень високого еволютивного рівня, в той час, як серед рандомізованих

підлітків переважали більш прості форми опозиційної поведінки, асоційовані із сенсорними інтересами.

Епізоди швидкого, глибокого, повторюваного дихання зустрічалися з подібною частотою та мали місце в двох випадках серед підлітків та трьох – серед повнолітніх пацієнтів.

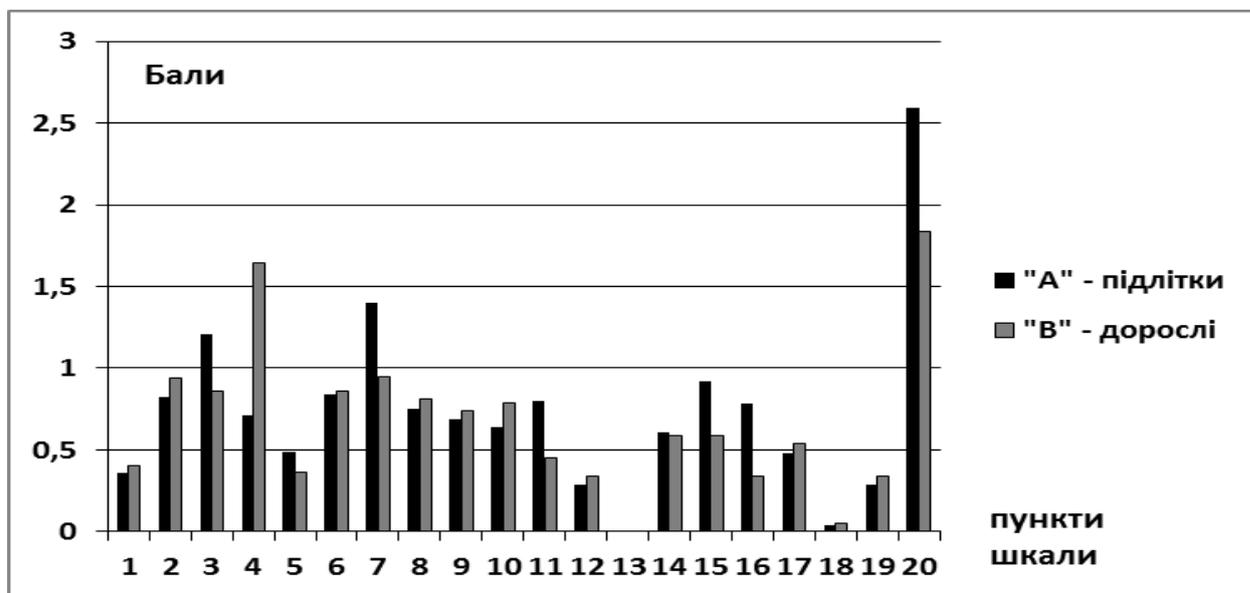


Рис. 3.14 Порівняння підгруп «А» та «В» за ADI – R (інтереси та поведінка)

Підсумовуючи результати ретроспективного оцінювання хворих за ADI – R, можна прослідити патоморфоз ППР та встановити певні відмінності клінічної картини в різних вікових групах. Вони полягають в редукції всіх основних клінічних проявів РАС із збільшенням віку хворих.

У повнолітніх пацієнтів нами було зафіксовано поліпшення показників в усіх осьових симптомах РАС: в комунікації, соціальній взаємодії та поведінці. Однак, незважаючи на загальну тенденцію до редукції симптоматики, дані покращення були незначними і мали пряму кореляцію з рівнем якості та своєчасності діагностики і медико – соціальної допомоги. Це, в свою чергу, залишає залежною від втручань направленість прогностичного вектору рівня соціальної адаптації пацієнтів.

### 3.2.3. Клініко – динамічні особливості підлітків та дорослих з РАС за авторською уніфікованою картою обстеження хворих

В таблиці 3.18 наведені результати катamnестичного та психодинамічного порівняння пацієнтів різних вікових груп з РАС за авторською уніфікованою картою обстеження хворих.

Схожість кількості балів у регресі навичок і в динаміці відновлення психомоторного розвитку вказує на однаковий перебіг захворювання в дитячому віці в обох групах дослідження.

Розуміння пацієнтами соціального контексту теж відображено в таблиці подібними числовими значеннями. Незважаючи на складнощі у зав'язуванні, розвитку та підтримці стосунків у всіх пацієнтів основної групи дослідження, дорослі з РАС мали деяку перевагу над підлітками.

Таблиця 3.18

#### Клініко-динамічні особливості розладів аутистичного спектру у підлітків та повнолітніх за авторською уніфікованою картою обстеження хворих

Ознаки / оціночні категорії	Група РАС, Підгрупа «А», Підлітки, n=31		Група РАС, Підгрупа «В», Повнолітні, n=30		P
	Сер. бал	± m	Сер. бал	± m	
Особливості перебігу захворювання в дитячому віці:					
Вік виникнення перших симптомів первазивних порушень	1,09	0,13	0,93	0,12	<0,001
Наявність регресу навичок	0,38	0,08	0,3	0,08	<0,001
Наявність регресу мовлення	0,32	0,08	0,3	0,08	0,002
Позитивна динаміка психічного та моторного розвитку	0,9	0,07	0,83	0,06	0,121
Позитивна динаміка розвитку мовлення	0,87	0,08	0,83	0,06	<0,001

Продовження табл. 3.18

Порушення соціальної реципрокності:					
Вміння розуміти соціальний контекст ситуацій, поводитись відповідно до нього	0,12	0,06	0,2	0,07	<0,001
Вміння розуміти жарти, побудовані на грі слів	0,03	0,03	0	-	<0,001
Вміння розуміти емоції інших людей	0,32	0,08	0,43	0,09	0,041
Вміння передавати свої почуття використовуючи міміку та жести	0,35	0,08	0,5	0,09	<0,001
Вміння підтримувати дружні стосунки	0,06	0,04	0,2	0,07	0,021
Порушення комунікації:					
Вміння розуміти звернену мову	0,93	0,04	1	0	<0,001
Вміння підтримувати діалог	0,61	0,08	0,67	0,08	<0,001
Рівень розвитку та використання активної мови	1,45	0,12	1,5	0,11	0,026
Рівень невербальної комунікації	0,38	0,1	0,67	0,15	<0,001
Повторювана поведінка:					
Активна діяльність в межах специфічних інтересів	0,06	0,04	0,1	0,05	<0,001
Дотримання нефункціонального розпорядку та ритуалів	0,16	0,06	0,3	0,08	<0,001
Стереотипні та повторювані механічні дії	0,51	0,08	0,46	0,09	<0,001
Когнітивне функціонування:					
Рівень розуміння письмової мови	2	0,21	2,36	0,15	0,001
Рівень використання письмової мови	1,93	0,22	2,23	0,17	0,045
Соціальне функціонування:					
Освіта	0,54	0,08	0,83	0,11	<0,001
Трудова діяльність	0	-	0	-	-
Сімейний стан	0	-	0	-	-
Наявність особливих вмінь	0	-	0,03	0,03	<0,001
Наявність хобі	0,12	0,06	0,23	0,07	0,038
Схильність до агресії, аутоагресії	0,54	0,08	0,56	0,09	0,011
Наявність рухливої розгальмованості, гіперактивності	0,22	0,07	0,5	0,09	<0,001
Здатність до самостійного функціонування	0,61	0,1	0,73	0,11	<0,001

Продовження таблиці 3.18

Коморбідні психічні розлади:					
Наявність маячних ідей	0	-	0	-	-
Наявність галюцинацій, псевдогалюцинацій	0	-	0	-	-
Наявність порушення абстрактного мислення	1,83	0,22	2,5	0,12	<0,001
Наявність притупленого афекту, зниженої емоційності	1,32	0,21	1,43	0,21	0,021
Наявність підвищеного настрою, емоційної збудженості	0,48	0,13	0,6	0,14	0,016
Наявність дисфорій	1,67	0,21	1,46	0,17	<0,001
Коморбідні епілептиформні розлади:					
Наявність фебрильних судом в анамнезі	0	-	0,1	0,05	<0,001
Наявність епілептичних нападів та отримання протисудомної терапії в анамнезі	0	-	0,1	0,05	<0,001
Наявність в даний час епілептичного процесу та протиепілептичного лікування	0,06	0,04	0,03	0,03	0,049

В порушенні комунікації підлітки показали гірші результати від дорослих хворих лише за рівнем невербального спілкування. Хоча, й підгрупа «А» й підгрупа «В» мали недостатню цілісність вербальної та невербальної комунікації.

В домені «повторювана поведінка» повнолітні пацієнти з РАС мали перевагу в активній діяльності в межах специфічних інтересів і наполяганні у подібності, у дотриманні певного нефункціонального режиму та ритуалізованих зразків поведінки. Віковою особливістю типу поведінки було те, що підліткам в більшій мірі були притаманні стереотипні та повторювані моторні рухи.

Решта ознак за уніфікованою авторською картою обстеження (когнітивне функціонування, соціальне функціонування, коморбідні психічні розлади) описані в наступних підпунктах даної глави дисертації.

### 3.2.4. Соціальна інтеграція та когнітивне функціонування підлітків та дорослих з РАС

Показники рівня соціального функціонування дорослих пацієнтів були дещо нижчі від таких у підлітків. Дані результати аргументують зниження рівня адаптивної поведінки із зростанням віку хорих з РАС. За рівнем когнітивного функціонування повнолітні хворі виявилися більш компетентними. За нашими даними, різниця середніх балів в обох підгрупах була не суттєвою. Це співпало з попередніми результатами за ADI-R. Отже, рівень когніції залишався майже однаковим, як в групі неповнолітніх так і дорослих рандомізованих пацієнтів (рис. 3.15).

Однак, рівень когнітивного функціонування (ступінь інтелектуальної недостатності) разом із дефіцитом мовленевих функцій мав моделюючий вплив на динаміку клінічної картини РАС та, відповідно, на рівень інтеграції хворих в суспільстві. Наявність даних розладів значно обмежувала можливості пацієнтів у соціальній інклюзії, навіть при достатньо високому рівні функціонування останніх в родині.

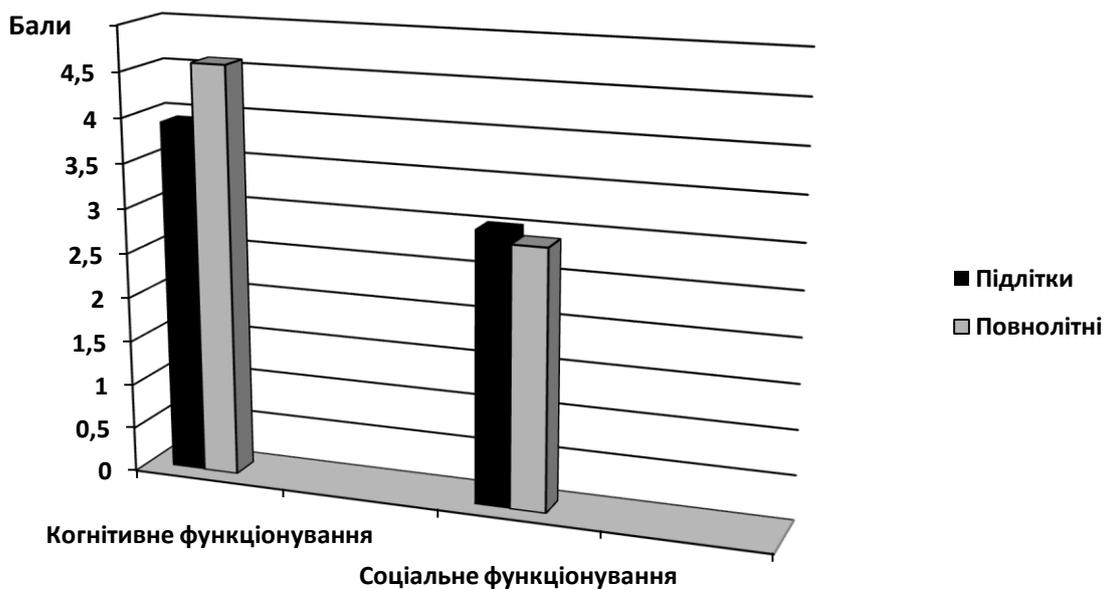


Рис. 3.15 Показники рівня соціальної інтеграції та когніції хворих з РАС у різних вікових групах

Отримані в ході клініко-динамічного спостереження дані вирішили складне диференційно – діагностичне питання: встановлено, що показники рівня соціального функціонування дорослих пацієнтів з РАС та шизофренією відрізнялися якісно та за своєю динамікою в порівнянні з підлітковим віком (табл. 3.19).

Таблиця 3.19

## Показники соціального функціонування у групах порівняння

Сфера функціонування	Група РАС, Підгрупа «А», Підлітки, n=31		Група РАС, Підгрупа «В», Повнолітні, n=30		Група порівняння Sch., n=31	
	%	± m	%	± m	%	± m
Освіта	60	8,9	58	8,8	100	-
Трудова діяльність	0	-	0	-	22,58	7,5
Сімейний стан	0	-	0	-	3,22	3,1
Дружні стосунки	6,66	4,5	22,58	7,5	67,74	8,3
Навички самообслуговування	60	8,9	54,83	8,9	80,64	7
Організація дозвілля	6,66	4,5	9,67	5,3	25,8	7,8

Кількість пацієнтів, що отримали будь – яку освіту, помітно різнився. 100 % хворих групи порівняння отримали середню освіту та кожен десятий з них – вищу. В групі РАС, близько половини, як підлітків так і повнолітніх, навчалися в середніх загальноосвітніх або спеціальних школах. Вищу освіту серед підлітків ніхто не здобув. Двоє дорослих пацієнтів з РАС мали середньо – спеціальну та ще двоє – незакінчену вищу освіту, на момент обстеження.

Формування дружніх відносин виявилось дуже складним для підлітків з РАС. Кількість хворих даної когорти, що мали друзів або стійкі відносини, не дотягує до 10 %.

В дорослому віці пацієнти з ППР дещо легше товарищували з однолітками ( $22,58 \pm 7,5$  %), але лише ті, хто отримував інтенсивні втручання з тренінгу даних навичок. Пацієнти групи поівняння мали одного або більше приятелів в більш як половині випадків та легше заводили друзів, поза періодами загострень симптоматики.

Самостійно, або із сторонньою допомогою, обслуговувати себе у побуті мали змогу близько половини хворих групи РАС. Решта рандомізованих хворих були не в змозі жити без нагляду та догляду.

Планувати свою діяльність та організовувати дозвілля, без навчання спеціальним навичкам, вдавалося лише 5 пацієнтам основної групи (2 підліткам; 3 дорослим). В групі порівняння показники функціональності та самостійності були значно вищими. Обмеження в плануванні та реалізації самостійних дій були зумовлені тут розвитком кінцевих дефектних станів особистості при шизофренії.

### 3.2.5. Коморбідна патологія в основній групі дослідження

Коморбідна патологія при РАС була представлена такими психічними розладами як тривога, депресія, СДУГ, ОКР, розлади особистості. Варіативність коморбідної патології була притаманна як неповнолітнім так і дорослим пацієнтам.

В таблиці 3.20 приводяться числові значення розподілу коморбідних розладів серед обох підгруп.

Найчастіше РАС супроводжувалися депресивними розладами ( $62,29 \pm 5$  %). Діагностичні критерії за МКХ-10 одного з тривожних розладів виконувалися майже в половині спостережень ( $45,9 \pm 5,3$  %). Присутність

епілептичного процесу в анамнезі хворих мало місце відмічено в  $4 \pm 4,5$  % випадків.

Таблиця 3.20

Представленість коморбідної патології в підгрупах «А» та «В» основної групи дослідження

Супутня патологія	Група PAC, Підгрупа «А», Підлітки, n=31		Група PAC, Підгрупа «В», Повнолітні, n=30	
	%	$\pm m$	%	$\pm m$
Депресивний розлад	31,15	4,08	31,14	5,92
Тривожний розлад	26,22	5,63	19,67	5,08
ОКР	-	-	9,83	3,81
СДУГ	29,5	5,83	8,19	3,51
Епілептичний розлад	3,27	2,27	1,63	1,62

При більш вузькій диференціації супутніх патологічних станів треба відмітити, що депресивні розлади були представлені в тому числі й рекурентним депресивним розладом середнього ступеня тяжкості, F 33.1 (n = 12); депресивний епізод легкого (F 32.0) та помірного (F 32.1) ступенів тяжкості зареєстровано у 26 випадках спостережень.

Тривожний розлад приблизно однаково часто зустрічався серед обох підгруп. У повнолітніх пацієнтів, поряд із тривогою, в якості коморбідного розладу найчастіше діагностувалися депресії. В підлітковому віці порушення уваги та гіперактивність поєднувалися із порушеннями поведінки.

Як видно з таблиці 3.20, в 23 випадках ( $29,5 \pm 5,83$  %;  $8,19 \pm 3,51$  %) було діагностовано СДУГ. Серед вказаної кількості хворих, 18 обстежених з даною патологією – це підлітки.

Серед рандомізованих повнолітніх переважав тривожний або тривожно – фобічний розлад.

Що характерно, ОКР зустрічався лише в підгрупі дорослих хворих, але лише у кожного десятого хворого.

Епілепія виявилася самою рідкою патологією серед досліджених пацієнтів. Розлад особистості внаслідок епілептичного процесу, який був активним на момент дослідження, було відмічено в 3 випадках (2 в підгрупі «А» та 1 в підгрупі «В»).

Плотність коморбідних психічних розладів була однаковою, як серед низькофункціональних так і високофункціональних ( $IQ > 70$ ) пацієнтів.

Не беручи до уваги різницю показників, дані дослідження дозволяють припустити подібність спектрів коморбідних психічних розладів у підлітків та дорослих хворих з РАС.

### 3.3. Вплив соціальної підтримки на рівень соціального функціонування хворих з розладами аутистичного спектра

За допомогою кореляційного аналізу було прораховано та доведено значення віку діагностики, як предиктору тяжкості симптоматики РАС ( $R = 0,975$ ;  $p < 0,001$ ). На рис. 3.16 видно, що пацієнти, ідентифіковані в більш старшому віці, мали більш виражену тяжкість клінічних проявів, ніж ті, в яких ППР були діагностовані в ранньому віці. Це пов'язано із більш своєчасним отриманням останніми соціально-медичних втручань.

Клінічно це знайшло відображення в значній недостатності соціальної та емоційної взаємності, значних нейрокогнітивних порушеннях і більш вираженій шаблонності, негнучкості повсякденної поведінки.

Стосовно проведення реабілітаційних заходів, дана когорта потребувала значно більше годин корекції та показувала незначну динаміку в досягненні позитивних результатів.

Оцінювання рівня соціальної підтримки відбувалося за шкалою від «1» до «3».

Пацієнти з рівнем соціальної підтримки «3» бали мали найвищі показники соціального функціонування. Вони були більше за решту готові до самостійного проживання із підтримкою. Також, дані хворі мали вищий рівень освіти та були потенційно працездатні.

### Тяжкість симптоматики, в балах

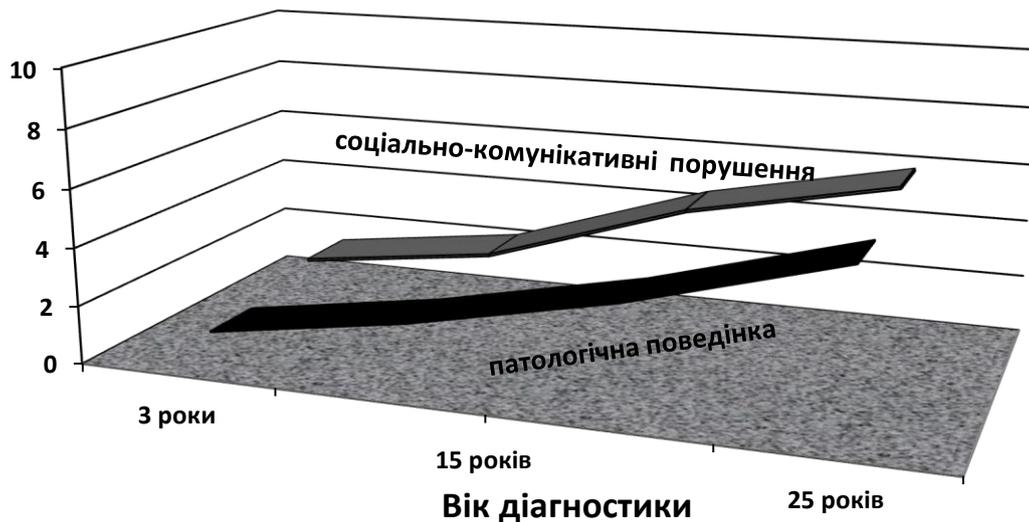


Рис. 3.16 Графік кореляції тяжкості симптоматики залежно від віку діагностики РАС

За допомогою математичного аналізу було доведено високу силу зв'язку між якістю соціальної підтримки та рівнем соціального функціонування хворих (рис. 3.17). Коефіцієнт кореляції ( $R$ ) дорівнював 0,981;  $p < 0,001$ .

На малюнку видно зростання середнього балу соціалізації хворих із підвищенням рівня підтримки.

Власне, цілком можливо ототожнити рисунки 3.16 та 3.17, так як вони візуалізують еквівалентні дані. Обидва графіки відображають низькі адаптивні можливості пацієнтів та їх зв'язок із соціальною підтримкою.

В першому випадку низький рівень функціонування хворих був наслідком пізнього ідентифікування РАС (після 7 років), що, в свою чергу, призвело до затримки отримання кваліфікованих втручань. В іншому

випадку, погана інтеграція підлітків та повнолітніх респондентів у соціум була результатом медико-соціальної допомоги недостатнього рівня, хоча й своєчасної.

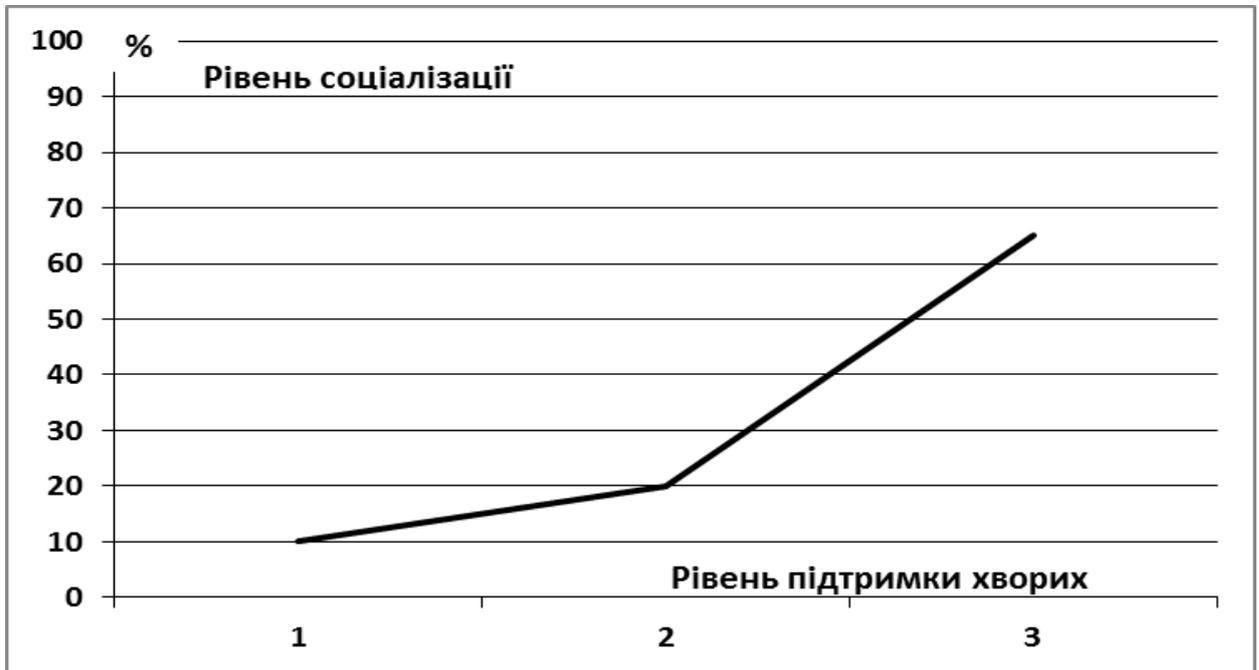


Рис. 3.17 Графік кореляційного зв'язку рівня соціальної підтримки з рівнем соціалізації пацієнтів

Нами було проведено катамнестичне дослідження когорти хворих з РАС, діагноз яким був неправомірно змінений на ендогенне захворювання в підлітковому віці. На меті було прослідити клінічний поліморфізм основного симптомокомплексу розладу після повторної кваліфікації РАС у даних хворих. Згідно даних нашого дослідження представленість ключових доменів РАС була менш вираженою в дорослому віці, що пов'язано з редіагностикою розладу та наданням адекватної медико – соціальної допомоги.

На рис. 18 помітно, що до повторної кваліфікації РАС показники якісних порушень комунікації та соціальної реципрокності вищі, ніж після 18-річного віку. В ході дослідження з'ясовано, що завдяки отриманню інтенсивних психосоціальних інтервенцій і поверненню до вірної лікувальної тактики, після редіагностики розладу в рандомізованих хворих спостерігалася достовірно значуща ( $p < 0,001$ ) редукція симптоматики РАС:

на  $21,6 \pm 5,26$  % порушень соціальної реципрокності; на  $10,25 \pm 3,88$  % порушень комунікації.

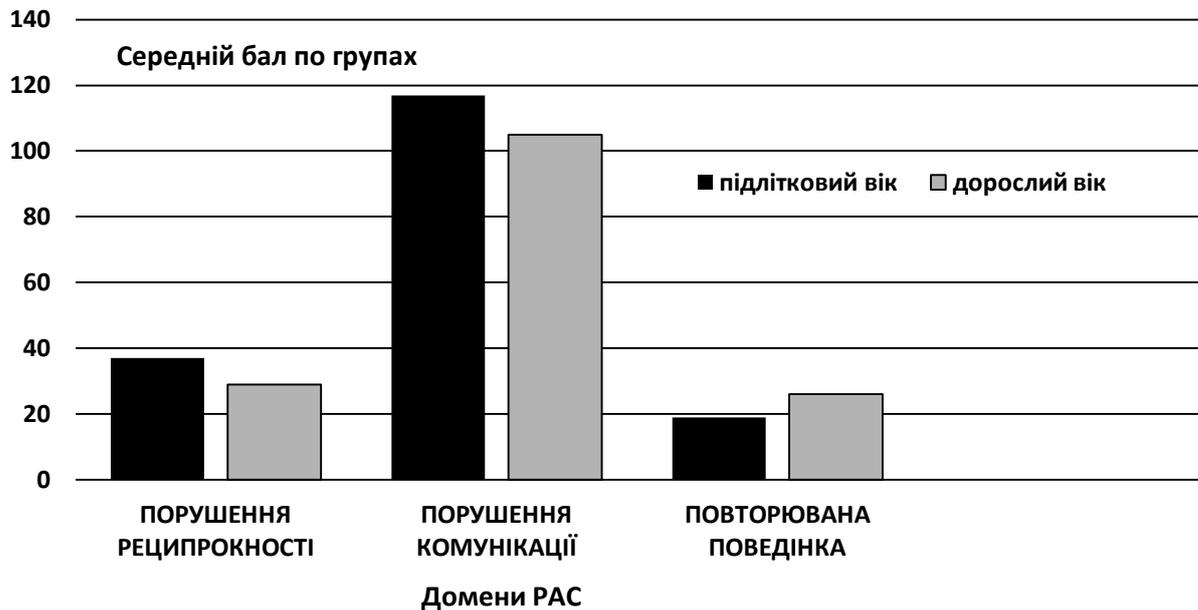


Рис. 3.18 Гістограма представленості доменів РАС у редиagnostованих хворих в підлітковому та дорослому віці

Однак, частота проявів порушеної повторюваної поведінки зросла на  $26,92 \pm 5,67$  %. Це стало наслідком відмови від когнітивно – поведінкової терапії та довготривалого застосування нейролептиків.

Для зрівняння клінічного патоморфозу РАС на тлі основної групи дослідження, надалі нами приведені дані в обох підгрупах («А» та «В») за ADI – R (рис. 3.19).

На відміну від тих хворих, що певний час отримували невідповідну своєму розладу терапію, загальна маса основної групи дослідження показала покращення основних симптомів РАС: комунікативних порушень на  $5,23 \pm 2,85$  %; порушень соціальної взаємодії на  $10,43 \pm 3,91$  %; порушень поведінки на  $11,02 \pm 4$  %.

Завдяки вірній терапевтичній стратегії та ранньому застосуванню когнітивно – поведінкових втручань, у дорослому віці пацієнти з ППР

покращили якість соціальної адаптації, що було наслідком зниження вираженості основних проявів захворювання.

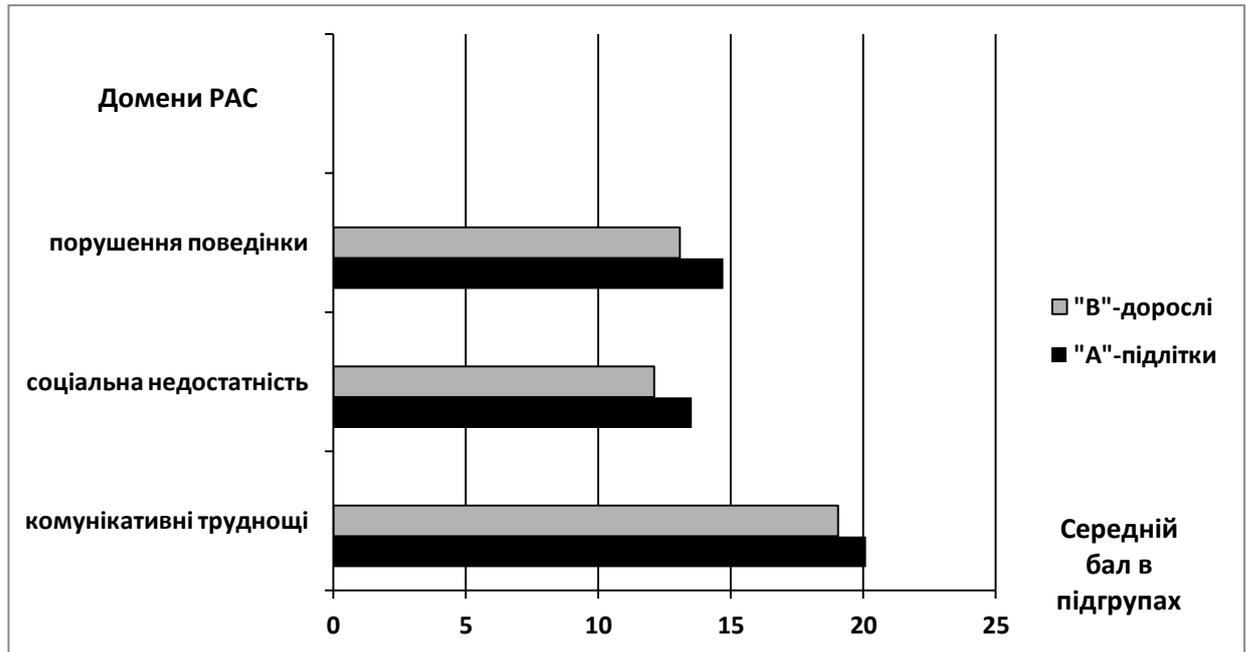


Рис. 3.19 Лінійчатая діаграма представленості середніх балів підгруп «А» та «В» за ADI – R

Втручання, що починали проводитися якомога раніше після діагностики, нівелювали гостроту клінічних проявів РАС, зменшували частоту виникнення коморбідних станів і, в більшій мірі, сприяли соціальній адаптації та інтеграції пацієнтів у соціум. Відповідно, скорочувалися витрати часу та коштів на лікувально – реабілітаційні заходи. Тобто, рання діагностика, через ранні втручання, поліпшувала стан хворих та будувала позитивну динаміку відносно подальшої клінічної та адаптивної картини при РАС.

Результати катamnестичного дослідження показали, що більш рання маніфестація захворювання відбувалася в основній групі. Даний факт, в більш як третині випадків, супроводжувався очевидним порушенням розвитку в ранньому віці, а саме – до трьох років.

У виборці хворих із шизофренією, навіть при ранній маніфестації патологічного процесу, перші ознаки захворювання з'являлися у пацієнтів після шестирічного віку.

При оцінюванні груп дослідження за шкалою PANSS, більша вираженість психопатологічної симптоматики була притаманна групі шизофренії. Причому, перевага середнього балу відмічалась як за позитивними ( $20,34 \pm 0,2$  проти  $10,48 \pm 0,1$ ) так і за негативними симптомами ( $29,99 \pm 0,2$  проти  $20,42 \pm 0,2$ ).

У пацієнтів з подібними рівнями IQ в обох групах, хворі з РАС мали меншу кількість якісних порушень мислення за PANSS ( $1,56 \pm 0,02$ ) та більш високий бал соціально – адаптивної поведінки.

Також, відомо що протягом захворювання показники IQ у хворих з РАС мали тенденцію до зростання, а при шизофренії до зниження.

Порівняння рандомізованих пацієнтів за напівструктурованим діагностичним інтерв'ю ADI-R вказало на суттєві, клінічно значущі відмінності ендогенно-процесуальної патології та ППР. Особливо, що стосувалося одного з основних доменів «Порушена, повторювана поведінка та обмежені інтереси», де група порівняння не виконала діагностичні критерії за 15 пунктами з 20.

При всебічному катамнестичному дослідженні було встановлено, що в групі ППР, з плином часу, відмічалася позитивна динаміка рівнів соціального функціонування, соціальної компетентності та соціальної інклюзії. В групі шизофренії дані показники набули негативного значення.

За нашими даними в медичній документації декількох хворих ( $n = 5$ ) були посилення на галюцинаторну симптоматику, але вона була помилково кваліфікована лікарями, які не мали досвіду роботи з РАС. Більше того, у значної кількості пацієнтів основної групи ( $n = 27$ ), при досягненні ними повноліття діагноз був переглянутий та змінений на шизофренію. Наслідками такої неправомірної та помилкової діагностики стали призначення високих доз комбінованої антипсихотичної терапії та відмова від когнітивно –

поведінкових втручань. Дані дії спеціалістів призвели до негативної динаміки психофізичного стану рандомізованих хворих, регресу існувавших та втрати надбаних або відновлених під час лікування навичок.

Рівень соціального функціонування пацієнтів з РАС мав зворотню кореляцію з пізнім віком діагностики ( $R = - 0,421$ ;  $p < 0,001$ ). Теж саме відмічалось при помилковій гіпердіагностиці психозів, з подальшим зниженням інтенсивності психосоціальних інтервенцій, особливо в дошкільному віці, та раннім початком психофармакотерапії.

Прямий кореляційний зв'язок рівня соціальної інклюзії та соціального функціонування пацієнтів основної групи дослідження був встановлений з їх рівнем сімейної підтримки ( $R = 0,940$ ;  $p < 0,001$ ).

Рівень соціального функціонування хворих із шизофренією мав прямі кореляційні зв'язки з раннім початком захворювання ( $R = 0,839$ ;  $p < 0,001$ ) та безперервністю антипсихотичної терапії ( $R = 0,972$ ;  $p < 0,001$ ).

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях [170, 172 – 181].

## РОЗДІЛ 4

### ВИМОГИ ДО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ПОВНОЛІТНІМ ХВОРИМ НА АУТИЗМ

РАС є позиттєвими станами з дуже ранньою маніфестацією, порушенням повсякденного функціонування та високим рівнем інвалідизації. Дане положення має бути пріоритетним при плануванні лікувальних та абілітаційно-реабілітаційних заходів.

Медична та медико-соціальна допомога підліткам та дорослим з РАС повинна надаватися переважно в амбулаторних умовах. Стаціонарна спеціалізована допомога, якщо така потрібна, повинна мати місце у багатопрофільних лікарнях, спеціалізованих медичних центрах. Вона має включати напівструктуроване інтерв'ю з пацієнтом, людьми з групи його підтримки; оцінювання поведінки, рівня соціальної компетентності. Окремо мають бути оцінені рівень пізнавальних функцій (IQ), наявність коморбідних тривожних, депресивних, поведінкових розладів.

Медико – соціальною допомогою при РАС повинні бути ранні втручання у віці до 3 років (після включення пацієнта до групи ризику або діагностики у нього розладу), акцентованого на соціалізації та нав'язуванні комунікації, тренінгу соціальної компетенції в підлітковому віці, формуванні навичок самостійного життя з підтримкою після досягнення повноліття. Також, до лікування пацієнтів з РАС необхідно залучати освітні ресурси.

Якщо хворий потребує медикаментозного лікування, то воно повинно застосовуватись обережно, бути зваженим та таким, ефективність якого доказана.

Всі види допомоги мають бути скеровані на основні симптоми, коморбідні емоційно-поведінкові розлади, психічну і соматичну патологію. Коморбідні розлади психіки, насамперед депресивні, порушення уваги,

обсесивні розлади можуть більше ускладнювати порушення соціальної адаптації ніж симптоми безпосередньо аутичного спектра.

Велика увага повинна приділятися інклюзивним освітньо-трудовам та соціально-інтеграційним програмам.

Позитивною також є активна участь сім'ї в досягненні комплайенсу.

Не менш важливе місце посідає профілактика виникнення РАС.

#### 4.1. Загальні принципи допомоги

Медико-соціальна допомога підліткам та дорослим повинна надаватися мультидисциплінарною командою фахівців з РАС, яка має включати:

- психіатрів;
- клінічних психологів;
- медсестер;
- логопедів;
- фахівців з трудотерапії;
- соціальних працівників;
- допоміжний персонал (наприклад, персонал, який забезпечує доступ до фінансових консультацій, житла, освітніх служб та роботи, і особистих і суспільних навичок безпеки).

Медико-соціальна допомога підліткам та повнолітнім з РАС повинна починатися з якісної діагностики. На даний час не встановлені біологічні діагностичні маркери розладів, тому діагностика ґрунтується на ретельному клінічному обстеженні пацієнта. Діагностика має спиратися на стандартну психіатричну оцінку, в тому числі інтерв'ю з пацієнтом та сім'єю, а також на дані анамнезу.

Клінічне оцінювання пацієнта має бути спрямоване на виявлення порушень соціальної взаємності, комунікації, обмеженої повторюваної поведінки та стереотипних рухів.

Вік пацієнта і рівень розвитку має враховуватися при виборі оціночних інструментаріїв. В ранньому дитячому віці це забезпечується проведенням скринінгу в 9, 18, 24 і 36 місяців з використанням M-CHAT, CSBS-DP-IT-Checklist або ADI-R; в підлітковому та дорослому віці – проведенням скринінгу з використанням CASD, SRS або ADOS.

При проведенні діагностики потрібно мати на увазі, що використання спеціальних стандартизованих оціночних процедур доповнює клінічне судження фахівців, але не замінює його.

Команда фахівців з РАС повинна грати ключову роль в наданні:

- послуг спеціаліста з діагностики та оцінки стану;
- допомоги і втручань спеціалістів;
- консультацій та навчання інших медичних і соціальних працівників з діагностики, оцінки і втручань для дорослих з РАС;
- підтримки в отриманні доступу до контактів з місцевими та регіональними житловими, освітніми службами та службами зайнятості;
- підтримки сімей, партнерів і осіб, які здійснюють догляд;
- підтримки і втручань для дорослих з РАС, які живуть в спеціальних умовах;
- підтримки та консультацій співробітникам, які піклуються про дорослих з РАС за місцем проживання.

Всі члени мультидисциплінарної команди повинні:

- працювати в партнерстві з пацієнтами та, при необхідності, з їх сім'ями, партнерами або особами, які здійснюють догляд;
- пропонувати підтримку і допомогу з повагою;
- витратити час, щоб побудувати довірче, сприятливе, співчутливе та неупереджене ставлення як невід'ємну частину медичної допомоги.

Всі співробітники, які працюють з дорослими з РАС повинні мати уявлення про:

- природу, розвиток і перебіг РАС;

- вплив РАС на особисте, соціальне, освітнє та професійне функціонування пацієнтів;

- взаємодію соціального і фізичного середовищ та їх вплив на динаміку РАС;

- потенційні розбіжності між інтелектуальним функціонуванням за IQ і адаптивним функціонуванням, як це відображено, наприклад, труднощами в плануванні та здійсненні діяльності у повсякденному житті, включаючи освіту або роботу.

Всі працівники охорони здоров'я та соціальної допомоги з надання допомоги та підтримки дорослим з РАС повинні:

- мати на меті зміцнення самостійності людини, сприяти її активній участі у прийнятті рішень про допомогу та підтримуючого самолікування;

- підтримувати безперервність зв'язку з пацієнтом з РАС при можливості;

- забезпечити надання всебічної інформації про характер втручань і сервісних служб, які їх здійснюють, на доступній мові та у відповідному форматі (у тому числі у візуальному, вербальному і слуховому, якими легко користуватися, розглядати у різних кольорах, читати в різних шрифтах);

- розглянути питання, чи є можливість отримати людині з РАС доступ до кваліфікованих адвокатів.

Всі працівники охорони здоров'я та соціальної допомоги з надання допомоги та підтримки дорослим з РАС та їх родинам, партнерам і особи, які здійснюють догляд, повинні:

- гарантувати, що їх можна легко ідентифікувати і вони доступні (завжди на зв'язку);

- чітко розуміти їх роль і функції в процесі медико – соціальної допомоги людям з РАС;

- чітко пояснювати і переконуватися, що людина з РАС розуміє, про що йде мова;

– враховувати потреби комунікації, в тому числі, пов'язані з нездатністю до навчання, проблемами зору чи слуху або мовними труднощами, а також забезпечити комунікацію або незалежних перекладачів, якщо потрібно.

Всі працівники охорони здоров'я та соціальної допомоги з надання допомоги та підтримки дорослим з РАС та їх родинам, партнерам та особи, які здійснюють догляд, повинні гарантувати, що вони:

- знайомі з визнаними місцевими і національними джерелами інформації та/ або підтримки людей з РАС;
- можуть консультиувати з питань, як отримати доступ і взаємодіяти з даними ресурсами.

#### 4.2. Загальна характеристика психосоціальних втручань з приводу основних симптомів РАС

Дорослі та підлітки з РАС різного інтелектуального рівня потребують:

- групові та індивідуальні соціальні програми навчання, спрямовані на поліпшення соціальної взаємодії;
- групові та індивідуальні психосоціальні інтервенції, зосереджені на життєвих навичках;
- групові та індивідуальні структуровані програми дозвілля, з урахуванням інтересів та здібностей пацієнтів;
- втручання з керування гнівом;
- антивіктимізаційні втручання;
- програми підтримуваного працевлаштування.

Якщо відповідь на психосоціальні втручання відсутня, або обмежена, можливе використання поєднання втручань з використанням психотропних лікарських засобів, відповідно до вимог клінічного протоколу.

### 4.3. Біомедичні (фармакологічні, фізичні та дієтичні) втручання

#### 4.3.1 Рекомендації до лікування основних симптомів РАС

Для лікування основних симптомів РАС у підлітків та повнолітніх хворих треба користуватися методологією доказової медицини. В першу чергу, з комплексу втручань щодо лікування основних симптомів РАС у повнолітніх потрібно виключити:

- застосування протисудомних препаратів;
- застосування антипсихотичних препаратів;
- застосування антидепресантів;
- застосування препаратів, призначених для поліпшення когнітивних функцій (наприклад, інгібітори холінестерази);
- застосування окситоцину;
- застосування секретину;
- регулювання рівня тестостерону;
- хелаторну терапію;
- гіпербаричну оксигенацію;
- дієти з виключенням глютену, казеїну або багаті на жири;
- вітаміни, мінерали та біологічно активні добавки (наприклад, вітамін В6 або препарати заліза).

#### 4.3.2. Рекомендації щодо втручань з приводу зухвалої поведінки

Перед початком втручань потрібно усунути будь-які фактори, які можуть провокувати та/або підтримувати патологічну поведінку:

- супутні психічні розлади (в тому числі депресію, тривожні розлади, психози);
- супутні соматичні розлади (наприклад, шлунково-кишкову патологію, синдром хронічного болю);

- несприятливе фізичне або соціальне оточення.

При прийнятті рішення щодо характеру і змісту психосоціального втручання з вирішення проблемної поведінки потрібно провести її функціональний аналіз. Для цього необхідно з'ясувати:

- фактори, які викликають проблемну поведінку;
- наслідки поведінки (тобто її посилення);
- виявлення потреб, які людина намагається задовольнити через поведінку.

Вибір втручання повинен бути заснований на:

- характері і тяжкості поведінки;
- фізичних потребах людини та її можливостях;
- фізичному і соціальному оточенні;
- потенціалі співробітників та сімей, партнерів або осіб, які здійснюють догляд щодо надання підтримки;
- перевагах пацієнтів з РАС та, при необхідності, їх сімей, партнера або осіб, які здійснюють догляд;
- минулому досвіді лікування та підтримки.

Психосоціальні втручання з приводу зухвалої поведінки повинні ґрунтуватися на поведінкових принципах і включати:

- чітко визначену цільову поведінку;
- акцент на результатах, які пов'язані з якістю життя пацієнтів;
- оцінку і модифікацію факторів середовища, які можуть підтримувати поведінку;
- чітко визначену стратегію втручання;
- чіткий графік посилення поведінки та здатність до оперативного посилення залежно від обставин щодо демонстрації бажаної поведінки;
- зазначені строки для задоволення цілей втручання (з метою забезпечення модифікації стратегій втручання, які не призводять до змін впродовж певного часу);

– систематичне вимірювання цільової поведінки до і після втручання, для впевненості в тому, що узгоджені результати задовольняються.

Якщо відповідь на психосоціальні втручання з приводу зухвалої поведінки відсутня або обмежена, можливе використання комбінованого методу поєднання втручань з антипсихотичними препаратами.

Застосування антипсихотичних препаратів в якості монотерапії патологічної поведінки буде раціональним та виправданим, якщо психосоціальні та інші втручання не можуть бути проведені у зв'язку з тяжкістю поведінки.

Антипсихотичні препарати повинні призначатися спеціалістом, а результати якості лікування ретельно контролюватися.

Від антипсихотичних ліків слід відмовитися, якщо ознаки клінічно значущої відповіді відсутні впродовж шести тижнів.

#### 4.3.3. Рекомендації до організації медико-соціальної допомоги підліткам та дорослим з РАС

Фізичне оточення, де отримують допомогу дорослі та підлітки з РАС, має бути адаптованим до особливих потреб пацієнтів та оформлено відповідно до:

- кількості особистого простору (розташування фахівця принаймні на відстані витягнутої руки від пацієнта);
- наочності посібників у приміщенні (наприклад, символів або наліпок зі слів для забезпечення візуальних підказок очікуваної поведінки);
- спокійних кольорів (наприклад, використання кремового кольору при оздобленні стін і меблів);
- яскравості освітлення (зменшення люмінесцентного освітлення, використання щільних штор або темних окулярів);
- рівня шумів (зниження гучності зовнішніх звуків або використання засобів захисту органів слуху).

Там, де неможливо пристосувати навколишнє середовище до особливих сенсорних потреб хворих, потрібно розглянути тривалість або характер втручання (наприклад, впровадити регулярні перерви для обмеження негативного впливу навколишнього середовища).

#### 4.4. Профілактика виникнення РАС

Профілактика виникнення розладів загального розвитку має на увазі проведення моніторингу психомоторного розвитку дитини до трьох років, яка має фактори ризику порушень психомоторного розвитку. Згідно результатам нашого дослідження визначені такі фактори:

- наявність сиблінгів з аутизмом;
- наявність сиблінгів з іншими формами порушень психічного та моторного розвитку;
- наявність шизофренії в сімейному анамнезі пацієнтів;
- наявність афективного розладу в сімейному анамнезі пацієнтів;
- наявність інших психічних або поведінкових розладів в сімейному анамнезі пацієнтів;
- вік матері старше 40 років;
- вік батька старше 40 років;
- вік гестації до 35 тижнів;
- вага при народженні менше 2500 гр.;
- проведення реанімаційних заходів після народження;
- наявність вроджених вад розвитку;
- чоловіча стать новонародженого.

Невід'ємною складовою профілактики має бути проведення психоосвітньої роботи з батьками та членами родин.

Медико-соціальна допомога підліткам та дорослим з РАС має на увазі також проведення комплексного медичного обстеження, спрямованого на

виявлення супутніх соматичних та неврологічних захворювань, які можуть мати причинно-наслідковий зв'язок з порушеннями загального розвитку.

Узагальнюючи вище сказане, треба відмітити, що для піднесення якості допомоги хворим з РАС на сучасний рівень, першочерговою задачею медичних, соціальних та інших суміжних служб є підвищення фахової професійності спеціалістів, які проводять ранню діагностику та превенцію патології в групах ризику.

Медико-соціальна допомога підліткам та повнолітнім з РАС повинна відбуватися в межах психосоціальних інтервенцій та мати вигляд когнітивно-поведінкової терапії.

Основними задачами даної терапії є:

- нав'язування пацієнту комунікації, як правило полегшеної;
- усунення порушень перцепції;
- розвиток або відновлення дрібної та крупної моторики;
- розвиток пізнавальних процесів;
- стимулювання розвитку емоційної когніції та соціальної перцепції;
- формування навичок соціального функціонування.

Фармакологічні препарати потрібно використовувати обґрунтовано та зважено. Нейролептики, психостимулятори та антидепресанти мають грати тільки допоміжну роль в комплексному лікуванні РАС, і ні в якому разі – альтернативну. Призначення повинні бути лише за клінічними показниками, дози – мінімально ефективними, курс лікування – оптимальним.

Цілі медикаментозної терапії РАС:

- усунення психопатологічних симптомів РАС та коморбідних психічних розладів;
- усунення поведінкових порушень (агресії, саморуйнівної поведінки);
- усунення дефіциту уваги, гіперактивності, імпульсивності;
- підвищення ефективності психосоціальних інтервенцій;
- лікування коморбідних неврологічних, соматичних захворювань;
- покращення якості життя пацієнта та його сім'ї.

За катамнестичними даними нашого дослідження рекомендовані групи препаратів для фармакотерапії РАС:

- при руйнівній, агресивній, аутоагресивній гіпоманії застосовуються атипові антипсихотики (у повнолітніх застосовуються рисперидон та аріпіпразол);
- при порушеннях активності, уваги та гіперкінетичній симптоматиці застосовуються стимулянти (метилфенідат і атомоксетин);
- при коморбідних епілепсіях – протиепілептичні препарати (солі вальпроєвої кислоти, ламотриджин, левитирацетам, топирамат);
- при супутніх обсесях, депресіях, при наполегливих аутоstimуляціях та виражених стереотипіях у повнолітніх пацієнтів застосовують селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС).

Медикаментозна терапія повинна призначатися дуже обережно та зважено. Як правило, вона направлена на лікування супутніх розладів. Призначення груп нейротропних препаратів повинно відбуватися з урахуванням індивідуальних особливостей кожного пацієнта, можливих ризиків та користі від фармакотерапії. Слід, також, уникати поліпрагмазії та політерапії, які можуть обтяжити клінічний стан хворих.

Основні симптоми ППР повинні лікуватися за допомогою когнітивно – поведінкових втручань. Дані втручання повинні бути застосовані якомога раніше та бути інтенсивними. Вони мають бути проведені кваліфікованими фахівцями, що мають відповідну підготовку та досвід роботи з РАС.

Після встановлення діагнозу та призначення лікувальних заходів потрібно проводити моніторинг виконання індивідуальних програм реабілітації, фармакологічного лікування, побічних ефектів та ускладнень.

Обов'язковим є диспансерне спостереження пацієнтів з РАС. Під час диспансеризації проводиться моніторинг асоційованих з РАС захворювань, нівелюються фактори ризику несприятливого перебігу РАС.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях [172, 178, 179].

## АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Підсумовуючи наведені дані, стають очевидними клінічні та функціональні особливості РАС, їх кореляція з віком хворих та незаперечні патопсихологічні відмінності від ендогенно-процесуальної патології.

Аналіз патоморфозу та клініки ППР і шизофренії виявив, що :

по-перше – ендогенні психози мали більш пізній вік маніфестації, ніж ППР;

по-друге – при РАС спостерігалася затримка психофізичного розвитку у віці до трьох років, або його регрес, чого не відмічалось в групі шизофренії;

по-третє – при РАС спостерігалися більш серйозні порушення інтелектуального розвитку і більш важке порушення соціальної взаємодії та розвитку мовлення;

по-четверте – в обох групах, у пацієнтів з подібними рівнями IQ, хворі з РАС мали меншу кількість якісних порушень мислення за PANSS ( $1,56 \pm 0,02$  проти  $4,48 \pm 0,04$ ;  $P < 0,055$  ) та більш високий бал соціально – адаптивної поведінки.

по-п'яте – протягом захворювання показники IQ у хворих з РАС мали тенденцію до зростання, а при шизофренії, навпаки, до зниження.

по-шосте – при оцінюванні груп дослідження за шкалою PANSS, більша вираженість психопатологічної симптоматики була притаманна групі шизофренії. Причому, перевага середнього балу відмічалась як за позитивними ( $20,34 \pm 0,2$  проти  $10,48 \pm 0,1$ ) так і за негативними симптомами ( $29,99 \pm 0,2$  проти  $20,42 \pm 0,2$ ).

по-сьоме – при шизофренії, на відміну від РАС, були наявні такі продуктивні психопатологічні симптоми як галюцинації та маячення;

по-восьме – перебіг РАС відбувався без чергування періодів ремісій та загострень.

Резюмуючи, можна підкреслити певні моменти.

Встановлені соціально – демографічні фактори, що діяли перинатально, або у період преморбїду: обтяженість сімейного анамнезу ендогенно – процесуальною патологією або РАС; обтяженість особистого анамнезу хворих випадками перинатальної патології.

За результатами факторно – аналітичної обробки даних доведено значення впливу середовищних та онтогенетичних чинників, що обумовили відповідно  $91,80 \pm 3,51$  % та  $29,50 \pm 5,83$  % питомої ваги впливу на маніфестацію РАС.

При скринінгу з використанням ADI – R, основна група показала очікувані результати, чітко виконавши діагностичні критерії первазивних порушень розвитку. Рандомізовані хворі з РАС переважали над групою порівняння в тяжкості основних клінічних проявів, зокрема, комунікативно-мовленнєвих порушень, та при оцінюванні за доменом «інтереси та поведінка», розділивши бали по «соціальному розвитку».

Пацієнти групи шизофренії мали істотне переважання над групою пацієнтів з ППР за тяжкістю порушень, оцінених за PANSS. В блоці «позитивних симптомів» показники пацієнтів з РАС наближувалися до таких у популяції, за винятком поведінкових порушень. В решті пунктів шкали основна група показала ознаки якісних порушень соціальної інтеграції та дефіцит адаптації. Також, група хворих на шизофренію безумовно превалювала в категорії «загальні психопатологічні симптоми» та займала міцні позиції в діагностично значимій для ендогенних психозів «негативній симптоматиці».

Таким чином, ендогенно-процесуальні захворювання проявили себе переважно психотичною симптоматикою або дисгармонійним дефіцитом психічних функцій. В структурі первазивних розладів переважали есенціальні соціально-комунікативні, сенсорно-моторні та специфічні перцептивні порушення.

Якщо розглядати вплив клінічних проявів обох розладів крізь призму адаптації, то, як демонструє наше дослідження, хворі на шизофренію

дезадаптуються за рахунок патологічної поведінки, а на пізніх етапах патогенезу втрачають соціальну компетентність та нарощують комунікативний дефіцит внаслідок формування дефекту особистості. При ППР спостерігаються труднощі із формуванням соціальних зв'язків від самого маніфесту розладу, та не спостерігається будь-яких змін у структурі особистості хворих.

При всебічному катамнестичному дослідженні було встановлено, що в групі ППР, з плином часу, відмічалася позитивна динаміка рівнів соціального функціонування, соціальної компетентності та соціальної інклюзії. В групі шизофренії дані показники тільки погіршувалися в динаміці.

З огляду на тип перебігу можна відзначити достовірну диференційну ознаку РАС та ендогенної патології – це наявність ремісій і рецидивів при шизофренії. В той час, як РАС – це по життєвий стан, без виражених динамічних зсувів клініки.

Узагальнюючи результати дослідження, стає очевидним той факт, що РАС та шизофренія мають фундаментальні відмінності не тільки в структурі поліморфних психопатологічних утворень, а й у перебігу процесів адаптації.

Рівень соціального функціонування пацієнтів з РАС мав зворотню кореляцію з пізнім віком діагностики ( $R = - 0,421$ ;  $p < 0,001$ ). Теж саме відмічалось при помилковій гіпердіагностиці психозів, з подальшим зниженням інтенсивності психосоціальних інтервенцій, особливо в дошкільному віці, та раннім початком психофармакотерапії.

Прямий кореляційний зв'язок рівня соціальної інклюзії та соціального функціонування пацієнтів основної групи дослідження був встановлений з рівнем їх сімейної підтримки ( $R = 0,940$ ;  $p < 0,001$ ).

Чим раніше ідентифікувалися ППР, тим раніше хворі отримували адекватну соціально – медичну допомогу. Позитивна динаміка соціальної інклюзії в групі РАС встановлена при застосуванні ранніх психосоціальних втручань.

Рівень соціального функціонування хворих із шизофренією мав прямі кореляційні зв'язки з раннім початком захворювання ( $R = 0,839$ ;  $p < 0,001$ ) та безперервністю антипсихотичної терапії ( $R = 0,972$ ;  $p < 0,001$ ). Позитивна динаміка клінічних проявів в групі порівняння відбувалася за рахунок лікування нейролептиками, чого неможна сказати про основну групу, де нівелювання гостроти проявів розладу відбувалося за рахунок ранніх та інтенсивних інтервенцій, як вже було зазначено вище.

Для отримання високої якості лікування та реабілітації хворих, треба розуміти, що розмежування між аутизмом та ендогенно-процесуальною патологією проходить не тільки на рівні соціальної адаптації та інклюзії, а й на рівні значних психопатологічних відмінностей.

Надалі, нами приведені ключові ознаки диференційної діагностики (табл.).

Таблиця

Диференційно-діагностичні ознаки РАС та ендогенно-процесуальної патології.

Диференційна ознака	РАС	Sch.
Вік маніфестації 1 – 3 роки	+++	+
Порушення розвитку до 3 років	+++	+
Регрес розвитку	+	–
Наявність галюцинацій, маячення	–	+
Позитивна динаміка соціального функціонування	+	–
Позитивна динаміка рівня IQ	+	–
Позитивна динаміка клінічних проявів на тлі лікування нейролептиками	–	+
Позитивна динаміка соціальної інклюзії при застосуванні ранніх інтервенцій	+	–

Дані ознаки були ідентифіковані на основі діючих нозологічних класифікацій та результатів нашого дослідження. В таблиці вказані ознаки, за якими практикуючий лікар може з високою вірогідністю провести якісну диференційну діагностику РАС та шизофренії.

З поданого матеріалу зрозуміло, що дуже ранній вік маніфестації, який до того супроводжувався ще й порушеннями розвитку, був більш притаманний РАС.

Регресу розвитку при ендогенних розладах не спостерігалось, на відміну від РАС, при яких він був встановлений.

Продуктивна психотична симптоматика у вигляді маячних ідей, висказувань, галюцинаторних переживань та мотиваційно – поведінкових порушень, як їх наслідку, була встановлена виключно серед рандомізованих хворих на шизофренію.

В площині прогнозу можна говорити про позитивну динаміку соціальної компетентності та рівня IQ при РАС. При шизофренії була відмічена негативна динаміка рівня соціального функціонування.

Позитивні зсуви клініки при ендогенно – процесуальній патології відбувалися лише при застосуванні масивного фармакологічного лікування. При РАС, нівелювання всіх основних симптомів та покращення соціальної інклюзії спостерігалось при якомога інтенсивнішому застосуванні ранніх втручань.

Таким чином, диференційна діагностика РАС та шизофренії є важливим питанням клінічної психіатрії. Звичайно, на практиці рання діагностика РАС та розладів спектру шизофренії є досить проблематичною. ППР треба відмежувати від шизотипового розладу особистості, шизофреноформних розладів, дефектних станів. Але, на наш погляд, найбільшу складність викликають випадки подвійної діагностики шизофренії та РАС. Тому, спираючись на принципи доказової медицини, озвучені нами дані дослідження можуть бути теоретичним і практичним підґрунтям для проведення якісної диференціальної діагностики ендогенно-процесуальної

патології та РАС. В свою чергу, компетентне дотримання критеріїв діагностики мінімізує невиконання найпершої та найважливішої задачі практикуючого лікаря – не нашкодити пацієнтові.

Вивчення клініко-динамічних особливостей РАС продемонструвало, що кожна вікова група пацієнтів має власний стрижневий симптомокомплекс. В підлітковому віці в клінічній картині, в більшій мірі, переважали комунікативно – мовленнєві порушення. Це, в свою чергу, сумісно з порушеннями поведінки, вело до зниження рівня адекватності соціального реагування та погіршення соціальної інтеграції. У дорослих хворих мало місце зниження якості соціальних ініціатив, на тлі емоційно-поведінкових порушень при біль-менш нормальному рівні комунікації.

При проведенні кореляційного аналізу, з'ясовано, що зниження рівня адаптації було тісно пов'язано з підвищенням віку пацієнтів з РАС, навіть при достатній сформованості невербального інтелекту. Хоча, ступінь тяжкості клінічних проявів РАС нівелювався при дорослішанні хворих.

Математично доведено виражений взаємозв'язок між якістю соціальної підтримки та рівнем соціального функціонування хворих з ППР ( $R = 0,981$ ;  $p < 0,001$ ).

Також, рівень соціального функціонування був в значній мірі залежним від рівня комплайенсу. Він був вищим, чим вище був комплайєнс.

Треба відмітити, що за результатами факторного аналізу доведено предиспонууючу роль середовищних і онтогенетичних чинників, як предикторів маніфестації РАС, що обумовили відповідно  $91,80 \pm 3,51$  % та  $29,50 \pm 5,83$  % питомої ваги впливу. Крім того, дані конструкти виступили каталізаторами патогенезу розладів. Аналіз результатів дослідження дозволяє також розглядати виділені фактори, як такі, що мають причинно-наслідковий зв'язок з клінічним поліморфізмом РАС. Їх взаємодія з рівнем та якістю медико-соціальної підтримки визначила все розмаїття клінічних проявів та особливостей адаптивної поведінки.

Отримані результати свідчать про необхідність застосування диференційованих стратегій лікування та медико-соціальної реабілітації хворих з ендогенно-процесуальними та первазивними розладами.

Спираючись на вказані анамнестичні, соціально-демографічні та клініко-психопатологічні данні необхідно формувати розуміння ефективної лікувальної стратегії РАС. Ефективність лікування ППР значною мірою залежить від віку пацієнтів, тяжкості порушень у тих чи інших психічних сферах, зокрема, рівня когнітивного функціонування, розвитку мовлення, рухових функцій, наявності супутніх розладів, дії середовищних факторів, таких як сімейна та соціальна ситуація, рівня освіти, охорони здоров'я та соціальної допомоги.

Також, при плануванні терапевтичної тактики слід пам'ятати, що першочерговою задачею психіатричних і соціальних служб є захист прав дітей та дорослих з особливими потребами та їх максимальна інтеграція в суспільство.

Основні прояви аутистичної поведінки зазвичай присутні в ранньому дитинстві, але не завжди помітні до виникнення обставин, в яких мають проявлятися більш складні форми соціальної поведінки. З плином часу спостерігається вікова патопластика аутистичних форм поведінки. Як наслідок, велика частка пацієнтів з РАС стає інвалідами, що мають значні обмеження у соціальних інтеракціях. Адаптаційні можливості знижуються з віком, і чим пізніше хворі з ППР піддаються впливу ранніх втручань, тим глибше рівень дезадаптації. Тому, для покращення якості життя в дорослому віці, вкрай необхідно якомога раніше, якісніше та інтенсивніше проводити соціально-медичні інтервенції, щоб надати хворим з РАС можливість функціонально одужати і максимально адаптуватися в суспільстві.

Важливим етапом в організації медико-соціальної допомоги при розладах загального розвитку є профілактика. Профілактика має бути скерована на виявлення, попередження та запобігання найбільш значущих факторів ризику виникнення РАС.

Узагальнити запропоновані нами основні принципи медико – соціальної допомоги при РАС можна за допомогою наступної схеми, що відображена на рис..

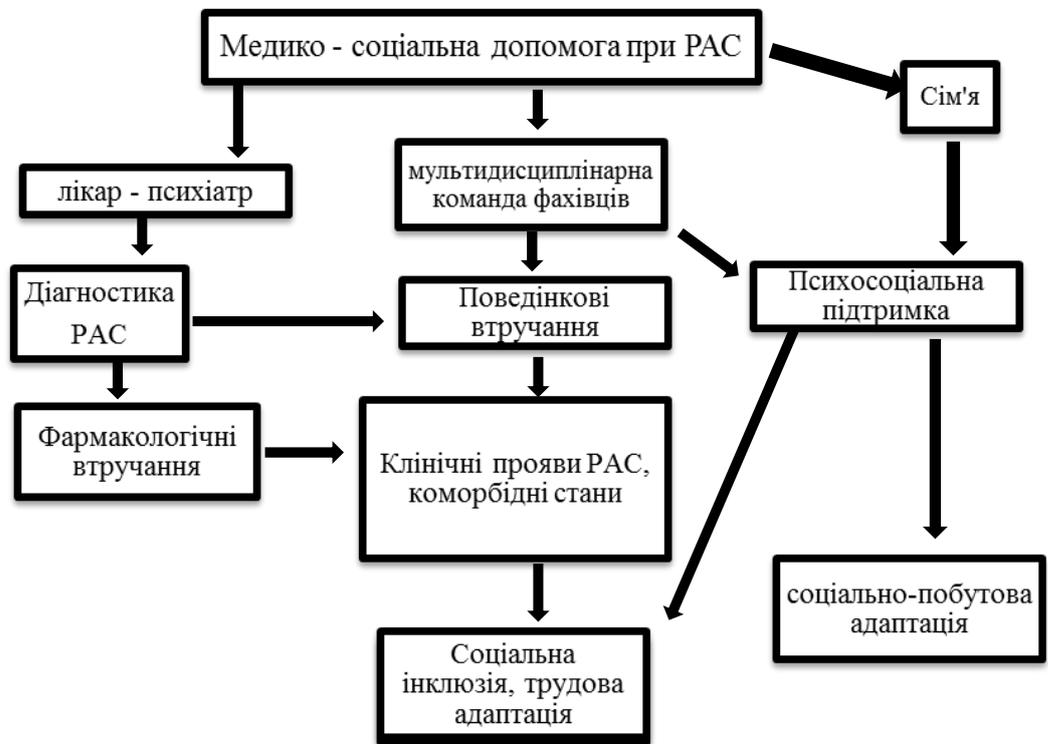


Рис. Схема медико – соціальної допомоги повнолітнім хворим з РАС

Згідно наших підходів, ключовою ланкою в ланцюжку медико – соціальної допомоги хворим з РАС залишається лікар-психіатр. Він проводить вузько-спеціалізовані діагностичні процедури, призначає спецефічну фармакотерапію, регулює та координує діяльність всієї мультидисциплінарної команди фахівців, яка задієна у лікувальних втручаннях та заходах з підвищення адаптації.

Важливе місце в даній схемі посідає родина. Її підтримка для пацієнтів вкрай важлива, так як вона допомагає формувати позитивний комплайєнс та впливає на рівень соціального функціонування.

В підсумку, лікар-психіатр слідкує за динамікою патологічного процесу та контролює перебіг терапевтичних інтервенцій. За потреби,

втручається в лікувальний процес і складає прогноз відносно стану хворого та подальших стратегій щодо медико-соціальної допомоги.

Результати нашого дослідження свідчать про можливість якісної, побудованої на принципах наукової доказовості диференціальної діагностики ендогенно-процесуальної патології та РАС у дорослому віці.

Диференційна діагностика має спиратися на анамнестичні данні (дослідження особливостей маніфестації розладів психіки та поведінки, наявності порушень розвитку мовленєвих функцій, шкільних та професійних навичок, їх перебігу протягом життя), дослідження наявних у дорослому віці психічних розладів (кваліфікації діагностично значущих ознак, їх клінічної типологізації, оцінювання тяжкості з використанням напівструктурованих інтерв'ю (PANSS, ADI-R, ADOS)), дослідження рівня соціальної компетентності та соціально-адаптивної поведінки.

Власне, з дорослішанням пацієнти страждали не тільки від фізичних і психічних порушень, характерних для старшого віку. Більшість хворих, залишалися без родин, без підтримки близьких, на самоті із собою та своїми проблемами.

Соціальна ізоляція та самотність, в процесі дорослішання та старіння, мають великий негативний вплив на якість життя дорослого населення в цілому та, зокрема, пацієнтів з РАС. При нормальному старінні соціальна ізоляція пов'язана з більш високим ризиком смертності, виникненням депресивних станів та загальним погіршенням здоров'я. Однак, не з'ясовано, чи будуть ті ж самі паттерни мати вагу при РАС, де соціальна ізоляція можлива без сприйняття самотності, а особисті інтереси в цій самотності досить добре мотивують та задовольняють. Також не зрозуміло, чи можуть дорослі та старі пацієнти з РАС, отримючи соціальну підтримку, відчувати себе «захищеними» від наслідків соціальної ізоляції, якщо деякі з них ніколи не були інтегровані в соціальні мережі, що формуються впродовж трудових відносин або дружніх стосунків.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях [172,173, 179 – 181].

## ВИСНОВКИ

1. В роботі наведено теоретичне обґрунтування і вирішення актуальної науково-практичної задачі, що полягала у розробці принципів надання комплексної медико-соціальної допомоги пацієнтам з РАС, на основі дослідження їх клініко-психопатологічних особливостей, показників соціального функціонування, віку первинної діагностики та якості соціальної підтримки, клінічного патоморфозу розладу.

2. Клініко-динамічні особливості перебігу первазивних порушень розвитку (розладів аутистичного спектра) та ендогенно-процесуальних захворювань (розладів спектра шизофренії), віковий патоморфоз клінічних проявів, особливості формування когнітивного дефіциту та соціальної дезадаптації дозволяють розмежувати ці розлади, як в дитячому так і в дорослому віці.

2.1 Рівень когнітивного функціонування визначався набутою соціальною компетентністю і зростав з віком. При шизофренії когнітивний дефіцит збільшувався з віком, що супроводжувалося втратою навичок соціальної компетентності та погіршенням соціальної інклюзії.

На відміну від групи шизофренії, де рівень когнітивного функціонування мав слабкий кореляційний зв'язок із рівнем соціального благополуччя хворих ( $R = 0,472$ ;  $p < 0,05$ ), при первазивних порушеннях розвитку не встановлена залежність соціального функціонування від IQ, навіть в тих випадках, де інтелект був значно нижчим за норму ( $< 70$ ).

2.2 Рівень соціального функціонування хворих із шизофренією мав прямі кореляційні зв'язки з раннім початком захворювання ( $R = 0,839$ ;  $p < 0,001$ ) та безперервністю антипсихотичної терапії ( $R = 0,972$ ;  $p < 0,001$ ).

2.3 Вираженість психопатологічної симптоматики за PANSS була вищою при шизофренії ніж при РАС. За позитивними симптомами  $20,34 \pm$

0,2 проти  $10,48 \pm 0,1$  ( $p < 0,001$ ); за негативними  $29,99 \pm 0,2$  проти  $20,42 \pm 0,2$  ( $p < 0,05$ ).

2.4 Хворі з розладами аутистичного спектра та спектра шизофренії потребують відмінних стратегій лікування та реабілітації, мають відмінні прогнози щодо соціальної адаптації.

3. Встановлено, що при досягненні повноліття пацієнтами з РАС спостерігається достовірно значуща редукція симптоматики аутистичного спектра: на  $10,43 \pm 3,91$  % ( $p < 0,001$ ) порушень соціальної реципрокності; на  $5,23 \pm 2,85$  % ( $p < 0,001$ ) порушень комунікації; на  $11,02 \pm 4$  % ( $p < 0,001$ ) повторюваної поведінки. Зменшення вираженості специфічної для первазивних порушень розвитку симптоматики супроводжується зростанням рівня соціального функціонування.

4. Доведено вплив віку первинної діагностики та початку терапії на тяжкість симптоматики РАС та рівень соціального функціонування у повнолітніх хворих.

4.1 Рання діагностика та терапія з використанням методів «відновлюваного онтогенезу» позитивно корелюють з рівнем соціального функціонування ( $R = 0,832$ ;  $p < 0,001$ ;  $R = 0,943$ ;  $p < 0,001$ ).

4.2 Рівень соціального функціонування пацієнтів з РАС мав зворотню кореляцію з пізнім віком діагностики ( $R = -0,421$ ;  $p < 0,001$ ) та терапією в дитячому віці нейролептичними препаратами ( $R = -0,573$ ;  $p < 0,001$ ).

5. За результатами багатовимірного кореляційного аналізу доведено виражений взаємозв'язок між якістю соціальної підтримки та рівнем соціального функціонування повнолітніх пацієнтів з РАС ( $R = 0,981$ ;  $p < 0,001$ ).

6. Визначені та науково обгрунтовані принципи комплексної медико-соціальної допомоги повнолітнім хворим на РАС.

6.1 Медико-соціальна допомога підліткам та дорослим з РАС повинна надаватися переважно в амбулаторних умовах мультидисциплінарною командою фахівців; включати первинну профілактику в групах специфічного

ризик, ранні інтервенції, скринінг розвитку та його корекцію з використанням методу відтвореного онтогенезу, тренінги соціальної компетентності та комунікації.

6.2 Профілактика повинна бути спрямована на нівелювання факторів ризику несприятливого перебігу РАС, виявлення і терапію супутніх соматичних та неврологічних захворювань.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Abi-Dargham A. The role of serotonin in the pathophysiology and treatment of schizophrenia / A. Abi-Dargham, M. Laruelle, GK. Aghajanian, D. Charney, J. Krystal // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* – 1997. – V. 9. – P. 1 – 17.
2. Alaerts K. Underconnectivity of the superior temporal sulcus predicts emotion recognition deficits in autism / K. Alaerts, DG. Woolley, J. Steyaert, A. Di Martino, SP. Swinnen, N. Wenderoth // *Social Cognitive and Affective Neuroscience.* – 2013. – Vol. 73, № 9. – P. 87.
3. Aman M.G. Psychotropic and anticonvulsant drugs in subjects with autism: Prevalence and patterns of use / M.G. Aman, M.E Van Bourgondien, P.L. Wolford and G.Sarphare, // *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* – 1995. – Vol. 34. – P. 1672 – 1681.
4. Anderson DK. Predicting young adult outcome among more and less cognitively able individuals with autism spectrum disorders / DK. Anderson, JW. Liang, C. Lord // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* – 2013. – Vol. 55, № 5. – P. 485 – 494.
5. Arnold L.E. Parent – defined target symptoms respond torisperidone in RUPP autism study: Customer approach to clinical trials / L.E Arnold, B. Vitiello, C. McDougle et al // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* – 2003. – Vol. 42, № 12. – P. – 1443 – 1450.
6. Baird G. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP) / G. Baird, E. Simonoff, A. Pickles, S. Chandler, T. Loucas, D. Meldrum // *Lancet.* – 2006. – V. 368. – P. 210 – 215.
7. Ballaban-Gil K. Longitudinal examination of the behavioral, language, and social changes in a population of adolescents and young adults with autistic disorder / K. Ballaban-Gil, I. Rapin, R. Tuchman, S. Shinnar // *Pediatric Neurology.* – 1996. – V. 15, №3. – P. 217 – 223.

8. Barnard L. Profiling executive dysfunction in adults with autism and comorbid learning disability / L. Barnard, K. Muldoon, R. Hasan, G. O'Brien, M. Stewart // *Autism*. – 2008. – Vol. 12. – P. 125 – 141.
9. Barnard L. A systematic review of the use of atypical antipsychotics in autism / L. Barnard, A.H. Young, J. Pearson et al. // *Journal of Psychopharmacology*. – 2002. – Vol. 16, № 93. – P. 101.
10. Bauer S. Autism and the Pervasive Developmental Disorders: Part 1 / S. Bauer // *Pediatr in Rev*. – 1995. – Vol. 16, № 4. – P. 130 – 136.
11. Berney T.P. Autism – an evolving concept / T.P. Berney // *Br J Psychiatry*. – 2000. – V.176. – P. 20 – 25.
12. Billstedt E. Autism in adults: symptom patterns and early childhood predictors. Use of the DISCO in a community sample followed from childhood / E. Billstedt, I. Carina Gillberg, C. Gillberg // *J. Child Psychol. Psychiatry*. – 2007. – V. 48. – P. 1102–1110.
13. Bölte S. The cognitive structure of higher functioning autism and schizophrenia: a comparative study / S. Bölte, L. Rudolf, F. Poustka // *Compr Psychiat*. – 2002. – Vol. 43. – P. 325 – 330.
14. Boyle C.A. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997 – 2008 / C.A. Boyle, S. Boulet, L. Schieve, RA. Cohen, SJ. Blumberg, M. Yeargin-Allsopp, S. Visser, M.D. Kogan // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 127, № 6. – P. 1034 – 1042.
15. Broadstock M. Systematic review of the effectiveness of pharmacological treatments for adolescents and adults with autism spectrum disorder / M. Broadstock, C. Doughty, M. Eggleston // *Autism*. – 2007. – V. 11. – P. 335 – 348.
16. Brugha T. Autism Spectrum Disorders in adults living in households throughout England: a report from the Adult Psychiatric Morbidity Survey / T. Brugha, S. McManus, H. Meltzer, J. Smith, FJ. Scott, S. Purdon, J. Harris, J. Bankart // the Department of Health Sciences, University of Leicester, and the Autism Research Centre, University of Cambridge – 2007.

17. Buitelaar J.K. Diagnostic rules for children with PDD-NOS and multiple complex developmental disorder / J.K. Buitelaar, R.J. van der Gaag. // *J Child Psychol Psychiatry*. – 1998. – V. 39. – P. 911 – 919.
18. Burbach J.P. Contact in the genetics of autism and schizophrenia / J..P. Burbach, B. van der Zwaag // *Trends in Neurosciences*. – 2009. – V. 32. – P. 69 – 72.
19. Carroll LS. Genetic overlap between autism, schizophrenia and bipolar disorder / L.S. Carroll, MJ.. Owen // *Genome Med*. – 2009. – V.1. – P. 102.
20. Catherine B. Person with autism spectrum disorders / B. Catherine et al. // *Research*. – 2008. – P. 5 – 12.
21. Cederlund M. One hundred males with Asperger syndrome: A clinical study of background and associated factors / M. Cederlund, C. Gillberg // *Developmental Medicine and Child Neurology*. – 2004. – V. 46. – P. 652 – 660.
22. Cederlund M. // *J. Autism Dev. Disord*. Asperger syndrome and autism: a comparative longitudinal follow-up study more than 5 years after original diagnosis / M. Cederlund, B. Hagberg, E. Billstedt, C. Gillberg // *J. Autism Dev. Disord*. – 2008. – V. 38. – P. 72–85.
23. Cheung C. Autistic disorders and schizophrenia: related or remote? An anatomical likelihood estimation / C. Cheung, K. Yu, G. Fung, M. Leung, C. Wong, Q. Li, P. Sham, S. Chua, G. McAlonan // *PLoS ONE*. – 2010. –V. 5. – P. 1223.
24. Courchesne E. Brain growth across the life span in autism; Age-specific changes in anatomical pathology / E. Courchesne, K. Campbell, S. Solso // *Brain Researches*. – 2011. – P. 138 – 145.
25. Couture S.M. Comparison of social cognitive functioning in schizophrenia and high functioning autism: more convergence than divergence / S.M. Couture, D.L. Penn, M. Losh, R. Adolphs, R. Hurley, J. Piven // *Psychol Med*. – 2010. Vol. 40, № 4. – P. 569 – 579.
26. Danielsson S. Epilepsy in Young Adults with Autism: A Prospective Population-based follow-up study of 120 individuals Diagnosed in Childhood / S.

Danielsson, I.C. Gillberg, E. Billstedt, C. Gillberg, I. Ollson, // *Epilepsia*. – 2005. – V. 46, № 6. – P. 918 – 923.

27. Darold A. Treffert. *Autistic Disorder: 52 Years Later: Some Common Sense Conclusions* / A. Treffert Darold, MD. – 2007.

28. David J. *Antipsychotics in the treatment of autism* / J. Posey David, A. Kimberly, J.Christopher // *Journal of Clinical Investigation*. –2008. – 118, № 1. – P. 6 – 14.

29. De Bildt A. *Adaptive functioning and behaviour problems in relation to level of education in children and adolescents with intellectual disability* / A. De Bildt, S. Sytema, D. Kraijer, S. Sparrow, R. Minderaa // *J Intellect Disabil Res*. – 2005. – Vol. 49. – P. 72 – 81.

30. de Bruin E.I. *Multiple complex developmental disorder delineated from PDD-NOS* / E.I. de Bruin, PF de Nijs, F. Verheij et al. // *J Autism Dev Disord*. – 2007. – V. 37. – P. 1181 – 1191.

31. Dettmer S. *The use of visual supports to facilitate transitions of students with autism* / S. Dettmer, R. Simpson, B. Myles, J. Ganz // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. – 2000. – Vol. 15. – P. 163 – 170.

32. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition* / Arlington, VA, American Psychiatric Association – 2013.

33. Didden R. *Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation* / R. Didden, P.C. Duker, H. Korzilius // *American Journal on Mental Retardation*. – 1997. – V. 101. – P. 387 – 399.

34. Done D.J. *Childhood antecedents of schizophrenia and affective illness: social adjustment at ages 7 and 11* / D.J. Done, T.J. Crow, E.C. Johnstone, A. Sacker // *BMJ*. – 1994. – V.309. – P. 699 – 703.

35. Duchan E. *Epidemiology of autism spectrum disorders* / E. Duchan, D.R. Patel. // *Pediatric Clinics of North America*. – 2012. – Vol. 59, №1. – P. 27 – 43.

36. Ehlers S. The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study / S. Ehlers, C. Gillberg. // *J Child Psychol Psychiatry*. – 1993. – V. 34. – P. 1327 – 1350.
37. 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.
38. Esbensen A. Age-related differences in restricted repetitive behaviors in autism spectrum disorders / A. Esbensen, M. Seltzer, K. Lam, J. Bodfish // *J. Autism Dev. Disord*. – 2009. – V. 39. – P. 57–66.
39. Farley M.A. Twenty-year outcome for individuals with autism and average or near-average cognitive abilities / M.A. Farley, WM. McMahon, E. Fombonne // *Autism Research*. – 2009. – Vol. 2, № 2. – P. 109 – 118.
40. Fatemi S.H. Consensus paper: Pathological role of the cerebellum in autism / S.H. Fatemi, K.A. Aldinger, P. Ashwood, M.L. Bauman, C.D. Blaha, G.J. Blatt, J.P. Welsh // *Cerebellum*. – 2012. – Vol. 11. – P. 777 – 807.
41. Fatemi S.H. Reelin glycoprotein: structure, biology and roles in health and disease / S.H. Fatemi // *Mol Psychiatry*. – 2005. – V. 10. – P. 251 – 257.
42. Fein D. Optimal outcome in individuals with a history of autism / D. Fein, M. Barton, I.M. Eigsti, E. Kelley, L. Naigles, R.T. Schultz, K. Tyson // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2013. – Vol. 54, № 2. – P. 195 – 205.
43. Fergusson D.M. Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood / D.M. Fergusson, L.J. Horwood, EM. Ridder. // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2005. – Vol. 46. – P. 837 – 849.
44. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders / E. Fombonne // *Pediatr Res*. – 2009. – Vol. 65. – P. 591 – 598.
45. Francesca H. Aging in Autism Spectrum Disorders: A Mini-Review / H. Francesca, Rebecca A. Charlton // *Gerontology*. – 2012. – Vol. 58. – P. 70–78.

46. Frith U. Autistic psychopathy in childhood; in Autism and Asperger syndrome. Asperger H. / U. Frith // Cambridge, Cambridge University Press. – 1991. – P. 37 – 92.

47. García-Villamizar D. Changes in the quality of autistic people's life that work in supported and sheltered employment. A5-year follow-up study / D. García-Villamizar, P. Wehman, M. Diaz Navarro // Journal of Vocational Rehabilitation. – 2002. – V. 17. – P. 309 – 312.

48. García-Villamizar D. Effects of a leisure programme on quality of life and stress of individuals with ASD / D. García-Villamizar, J. Dattilo // Journal of Intellectual Disability Research. – 2010. – V. 5. – P. 611 – 619.

49. Ghaziuddin M. A family history study of Asperger syndrome / M. Ghaziuddin // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2005. – V. 35. – P. 177 – 182.

50. Ghaziuddin, M. Psychiatric comorbidity of adults with autism spectrum disorders / M. Ghaziuddin, S. Zafar // Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation. – 2008. – V. 5, № 1. – P. 9 – 12.

51. Ghaziuddin M. Psychiatric comorbidity of adults with autism spectrum disorders. / Ghaziuddin M., S. Zafar // Clinical Neuropsychiatry. – 2008. – V. 5, № 1. – P. 18.

52. Gillberg C. Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty / C. Gillberg, S. Steffenburg // J. Autism Dev. Disord. – 1987. – V. 17. – P. 273 – 287.

53. Gillott A. Levels of anxiety and sources of stress in adults with autism / A. Gillott, P.J. Standen // J. Intellect. Disabil. – 2007. – V. 11. – P. 359 – 370.

54. Goldstein G. High functioning autism and schizophrenia. A comparison of an early and late onset neurodevelopmental disorder / G. Goldstein, N. Minshew, Allen D, Seaton B. // Archives of Clinical Neuropsychology. – 2002. – V. 17. – P. 461 – 475.

55. Greenhill LL. Summary of the practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents, and adults / LL. Greenhill, S. Pliszka, MK. Dulcan et al. // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 2001. – Vol. 40. – P. 1352 – 1355.

56. Groden J. The development of a stress survey schedule for persons with autism and other developmental disabilities / J. Groden, A. Diller, M. Bausman, W. Velicer, G. Norman, J. Cautela // *J Autism Dev Disord*. – 2001. – V. 31. – P. 207 – 217.

57. Hall C.B. Education delays accelerated decline on a memory test in persons who develop dementia / C.B. Hall, C. Derby, A. LeValley, M.J. Katz, J. Verghese, R.B. Lipton // *Neurology*. – 2007. – V. 69. – P. 1657 – 1664.

58. Happé F. The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders / F. Happé, U. Frith // *J. Autism Dev. Disord*. – 2006. – V. 36. – P. 5–25.

59. Happé F. What aspects of autism predispose to talent? / F. Happé, P. Vital // *Biol. Sci*. – 2009. – Vol.. 364. – P. 1369 – 1375.

60. Helen V. Ratajczak. Theoretical aspects of autism: Causes - A review / V. Ratajczak Helen // *J Immunotoxicol*. – 2011. – Vol. 8, № 1. – P. 68 – 79.

61. Henninger N.A. Outcomes in adults with autism spectrum disorders: a historical perspective / N.A. Henninger, JL. Taylor // *Autism*. – 2013. – Vol. 17, № 1. – P. 103 – 116.

62. Herbert M. R. Autism: A Brain disorder or a disorder that affects the brain? / M. R. Herbert // *Clinical Neuropsychiatry*. – 2005. – Vol.. 2, № 6. – P. 354 – 379.

63. Holtmann M. Autism spectrum disorders: sex differences in autistic behaviour domains and coexisting psychopathology / M. Holtmann, S. Bolte, F. Poustka // *Dev Med Child Neurol*. – 2007. – Vol. 49. – P. 361 – 366.

64. Howlin P. Adult outcome for children with autism / P. Howlin, S. Goode, J. Hutton, M. Rutter // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2004. – Vol. 45, № 2. –P. 212 – 229.

65. Howlin P. In Review-Adults with autism spectrum disorders / P. Howlin, P. Moss // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2012. – Vol. 57, № 5. – P. 275.
66. Howlin P. Social Outcomes in Mid- to Later Adulthood Among Individuals Diagnosed With Autism and Average Nonverbal IQ as Children / P. Howlin, P. Moss, S. Savage, M. Rutter // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2013. – Vol. 52. – P. 572 – 581.
67. Howlin, P. Adult outcomes for children with autism / P. Howlin, S. Goode, J. Hutton, Rutter, M. // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2004. – Vol. 45. – P. 212–229.
68. Howlin P. Social outcomes in mid- to later adulthood among individuals diagnosed with autism and average nonverbal IQ as children / P. Howlin, P. Moss, S. Savage, M. Rutter // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. – 2013. – Vol. 52, № 6. – P. 572 – 581.
69. Hume K. Effects of an individual work system on the independent functioning of students with autism / K. Hume, S. Odom // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2007. – Vol. 37. – P. 1166 – 1180.
70. Hus V. Standardizing ADOS domain scores: Separating severity of social affect and restricted and repetitive behaviors / V. Hus, K. Gotham, C. Lord // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2014. – Vol. 44, № 10. – P. 2400 – 2412.
71. Isohanni M. Childhood and adolescent predictors of schizophrenia in the Northern Finland 1966 birth cohort--a descriptive life-span model / M. Isohanni, P. Jones, L. Kempainen et al. // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. – 2000. – Vol. 250, № 6. – P. 311 – 319.
72. John D. Adult Employment Assistance Services for Persons with Autism Spectrum Disorders: Effects on Employment / D. Westbrook John, C. Nye, J. Fong Carlton, J. T. Wan, T. Cortopassi, H. Martin Frank – 2012.
73. Jones P. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort / P. Jones, B. Rodgers, R. Murray, M. Marmot // *Lancet*. – 1994. – Vol. 344, № 8934. – P. 1398 – 1402.

74. Kandalajt M.R. Virtual reality social cognition training for young adults with high-functioning autism / M.R. Kandalajt, N. Didehbani, D.C. Krawczyk, T.T. Allen, S.B. Chapman // *J Autism Dev Disord.* – 2013. – Vol. 43, № 1. – P. 34 – 44.
75. Kanne S.M, Mazurek M.O. Aggression in children and adolescents with ASD: prevalence and risk factors / S.M. Kanne, M.O. Mazurek // *J Autism Dev Disord.* – 2011. – Vol. 41. – P. 926 – 937.
76. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact / L. Kanner // *The Nervous Child.* – 1943. – P. 217 – 249.
77. Kantrowitz B. What happens when they grow up? / B. Kantrowitz, J. Scelfo // *Newsweek.* – 2006. – Vol. 48. – P. 46 – 53.
78. Hume K. Increasing Independence in Autism Spectrum Disorders: A Review of Three Focused Interventions /, R. Loftin, J. Lantz // *J. Autism Dev. Disord.* – 2009. – Vol. 39, № 9. – P. 1329 – 1338.
79. Kern J.K. The pattern of sensory processing abnormalities in autism / J.K Kern. M.H. Trivedi, C.R. Garver et al. // *Autism.* – 2006. – Vol. 10. – P. 480 – 494.
80. Kim Y.S. Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample / Y.S. Kim et al. // *Am J Psychiatry.* – 2011. – Vol. 168. – P. 904 – 912.
81. Kim Y.S. Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample / Y.S. Kim, Leventhal et al. // *American Journal of Psychiatry.* – 2013. – V.170, № 6. – P. 689.
82. Klin A. Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism spectrum disorders: the Vineland and the ADOS / A. Klin, C.A. Saulnier, S.S. Sparrow, D.V. Cicchetti, FR. Volkmar, C. Lord // *J Autism Dev Disord.* – 2007. – Vol. 37, № 4. – P. 48–59.
83. Koegel R. L. Improving social skills and disruptive behavior in children with autism through self-management / R. L. Koegel, L. K. Koegel, C. Hurley, W. D. Frea // *Journal of Applied Behavior Analysis.* – 1992. – Vol. 25. – P. 341 – 353.

84. Kolvin I. Studies in the childhood psychoses / I. Kolvin // Diagnostic criteria and classification. – Br J Psychiatry. – 1971. – Vol.118. – P. 381– 384.

85. Kraijer D.W. Review of adaptive behavior studies in mentally retarded persons with autism/pervasive developmental disorder / D.W. Kraijer // J Autism Dev Disord. – 2000. – Vol. 30. – P. 39 – 47.

86. Lam K.S. Neurochemical correlates of autistic disorder: a review of the literature / K.S. Lam, M.G. Aman., L.E. Arnol // Res Dev Disabil. – 2006. – Vol. 27. – P. 254 – 289.

87. Lampi K..M. Risk of autism spectrum disorders in low birth weight and small for gestational age infants. / K.M. Lampi, L. Lehtonen, P.L. Tran // The Journal of Pediatrics. – 2012. – Vol. 161. – P. 830 –836.

88. Larsen F.W. The outcome in children with childhood autism and Asperger syndrome originally diagnosed as psychotic. A 30-year follow-up study of subjects hospitalized as children / F.W. Larsen, S.E. Mouridsen. // European Child & Adolescent Psychiatry. – 1997. – Vol. 6. – P. 181 – 190.

89. Larsson H.J. Risk factors for autism: perinatal factors, parental psychiatric history, and socioeconomic status / H.J. Larsson // American Journal of Epidemiology. – 2005. – Vol. 161. – P. 916 – 925.

90. Lerner M.D. Socio-dramatic affective-relational intervention for adolescents with asperger syndrome & high functioning autism: pilot study / M.D. Lerner, A.Y. Mikami, K. Levine. // Autism: the international journal of research and practice. – 2011. – Vol. 15, № 1. – P. 21 – 42.

91. Levy A. Outcomes in adolescents and adults with autism: A review of the literature / A. Levy, A. Perry // Research in Autism Spectrum Disorders. – 2011. – Vol. 5, № 4. – P. 1271 – 1282.

92. Loftin R. L. Social interaction and repetitive motor behavior / R. L. Loftin, S. L. Odom, J. F. Lantz // Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2008. – Vol. 38. – P. 1124 – 1135.

93. Luna B. Maturation of executive function in autism / B. Luna, S. Doll, S. Hegedus // Biological Psychiatry. – 2007. – Vol. 61. – P. 474 – 481.

94. Matson J.L. The relationship of challenging behaviours to severity and symptoms of autism spectrum disorders / J.L. Matson, J. Wilkins, J. Macken // *J Ment Health Res Intellect Disabil.* – 2009. – Vol. 2. – P. 29 – 44.

95. Matthes B. An analysis of overselectivity in adults with autism / B. Matthes, R. Shute, R. Rees // *Journal of Intellectual & Developmental Disability.* – 2001. – Vol. 26. – P. 161 – 176.

96. Melville C.A. The prevalence and incidence of mental ill-health in adults with autism and intellectual disabilities / C.A. Melville, S.A. Cooper, J. Morrison, E. Smiley, L. Allan, A. Jackson, J. Finlayson, D. Mantry // *Journal of Autism and Developmental Disorders.* – 2008. – Vol. 38. – P. 1676 – 1688.

97. Minshew N. J. Abstract reasoning in autism: A dissociation between concept formation and concept identification / N. J. Minshew, J. Meyer, G. Goldstein, // *Neuropsychology.* – 2002. – Vol. 16. – P. 327 – 334.

98. Toichi M. A Lack of Self-Consciousness in Autism / M.Toichi, Y. Kamio, T. Okada, M. Sakihama, A. Youngstrom Eric, L. Findling Robert, K. Yamamoto // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159. – 1422 – 1424.

99. Murphy D.G.M. Autism in adults: new biological findings and their translational implications to the cost of clinical services / D.G.M. Murphy, J. Beecham, M. Craig, C. Ecker // *Brain Res.* – 2011. – Vol. 1380. – P. 22 – 33.

100. Parkin A.J. Determinants of age-related memory loss; in Perfect TJ, Maylor EA(eds): *Models of Cognitive Aging. Debates in Psychology* / AJ. Parkin, RI. Java // London, Oxford University Press. – 2000. – P. 188 – 203.

101. Patric F. Bolton. Epilepsy in autism: features and correlates / F. Bolton Patric, I. Carcani-Rathwell, J. Hutton, S. Goode, P. Howlin, M. Rutter // *The British Journal of Psychiatry.* – 2011. – Vol. 198. – P. 289 – 294.

102. Pinkham A.E. Neural bases for impaired social cognition in schizophrenia and autism spectrum disorders / A.E. Pinkham, J.B. Hopfinger, K.A. Pelphrey, J. Piven, D.L. Penn. // *Schizophr Res.* – 2007. Vol. 99, № 1. – P. 164 – 175.

103. Pinkham A.E. Neural bases for impaired social cognition in schizophrenia and autism spectrum disorders / A.E. Pinkham, JB. Hopfinger, KA. Pelphrey, J. Piven, DL. Penn // *Schizophr Res.* – 2008. – Vol. 99. – P. 164 – 175.
104. Piven J. Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families / J. Piven, P. Palmer // *The American Journal of Psychiatry.* – 1999. – Vol. 156. – P. 557 – 563.
105. Posey D.J. A pilot study of D - cycloserine in subjects with autistic disorders / D.J. Posey, D.L. Kem, N.B. Swiezy et al. // *Am J Psychiatry.* – 2004. – Vol. 161. – P. 2115 – 2117.
106. Posey D.J. The pharmacotherapy of target symptoms associated with autistic disorder and other pervasive developmental disorders / D.J. Posey, C.J. McDougle // *Harv Rev Psychiatry.* – 2000. – Vol. 2. – P. 45 – 63.
107. Punshon C. The not guilty verdict: psychological reactions to a diagnosis of Asperger syndrome in adulthood / C. Punshon, P. Skirrow, G. Murphy // *Autism.* – 2009. – Vol. 13. – P. 265 – 283.
108. Purcell A.E. Postmortem brain abnormalities of the glutamate neurotransmitter system in autism / A.E. Purcell, O.H. Jeon, A.W. Zimmerman, M.E. Blue, J. Pevsner // *Neurology.* – 2001. – Vol. 9. – P. 1618 – 1628.
109. Quintana H. Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder / H. Quintana, B. Birmaher, D. Stedje et al. // *J Autism Dev Disoid.* – 1995. – Vol. 25. – P. 283 – 294.
110. Rapin I. Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis / I. Rapin, RF, Tuchman // *Pediatr Clin North Am.* – 2008. – Vol. 55. – P. 1129 – 1146.
111. Rapoport J. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited / J. Rapoport, A. Chavez, D. Greenstein et al. // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* – 2009. – V.48. – P. 10 – 18.

112. Renty J. Quality of Life in High-functioning Adults with Autism Spectrum Disorder / J. Renty, H. Roegers // *Autism*. – 2006. – Vol. 10, № 5. – P. 511 – 524.
113. Russell A.J. Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism / A.J. Russell, D. Mataix-Cols, M. Anson, D.G. Murphy // *Br J Psychiatry*. – 2005. – Vol. 186. – P. 525 – 528.
114. Russell A. J. Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder in people with autism spectrum disorders: a pilot study / A. J. Russell, D. Mataix-Cols, M. A Anson et al. // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 2009. – Vol. 78. – P. 59 – 61.
115. Rutter M. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life / M. Rutter, J. Kim-Cohen, B. Maughan // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2006. Vol. 47, № 4. – P. 276 – 295.
116. Rutter M. Practitioner review: routes from research to clinical practice in child psychia-try: retrospect and prospect / M. Rutter // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1998. – P. 805 – 816.
117. Rutter M. Cognitive deficits in the pathogenesis of autism / M. Rutter // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 1983. – Vol. 24. – P. 513 – 532.
118. Rydén E. Autism spectrum disorders in an adult psychiatric population. A naturalistic cross-sectional controlled study / E. Rydén, S. Bejerot // *Clinical Neuropsychiatry*. – 2008. – Vol. 5. – P. 13 – 21.
119. Marriage S. Autism Spectrum Disorder Grown Up: A Chart Review of Adult Functioning / S. Marriage, A. Wolverson, K. Marriage // *J. of Canad. Acad. of Child. & Adolesc. Psychiatry*. – 2009. – P. 18 – 21.
120. Sandin S. Advancing maternal age is associated with increasing risk for autism: a review and meta-analysis / S. Sandin, CM. Hultman, A. Klevzon, R. Gross, JH. MacCabe, A. Reichenberg // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2012. – Vol. 51. – P. 477 – 486.
121. Saulnier C. Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with autism and Asperger Syndrome. Brief report /

C. Saulnier, A. Klin // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2007. – Vol 37. – P. 788 – 793.

122. Seltzer M. Trajectory of Development in Adolescents and Adults with Autism / M. Seltzer, P. Shattuck, L. Abbeduto, J. S. Greenberg // *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. – 2004. – Vol. 10. – P. 234 – 247.

123. Seltzer M.M. The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood / M.M. Seltzer, M.W. Krauss, P.T. Shattuck, G. Orsmond, A. Swe, C. Lord // *J. Autism Dev. Disord.* – 2003. – Vol. 33. – P. 565 – 581.

124. Seltzer M.M. The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood / M.M. Seltzer, M.W. Krauss, P.T. Shattuck, G. Orsmond, A. Swe, C. Lord // *J. Autism Dev. Disord.* – 2003. – Vol. 33. – P. 515 – 527.

125. Shastri M. Aripiprazole use in individuals with intellectual disability and psychotic or behavioural disorders: a case series / M. Shastri, L. Alla, M. Sabaratnam // *Psychopharmacology*. – 2006. – Vol. 20. – P. 863 – 867.

126. Shattuck P.T. Services for adults with an autism spectrum disorder / P.T. Shattuck, A.M. Roux, L.E. Hudson, J. Taylor, M. Maenner, J. Trani // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2012. – Vol. 57, № 5. – P. 284 – 291.

127. Shattuck P.T. Change in autism symptoms and maladaptive behaviors in adolescents and adults with an autism spectrum disorder / P.T. Shattuck, M.M. Seltzer, J.S. Greenberg, G.I. Orsmond, D. Bolt, S. Kring, J. Lounds, C. Lord // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2007. – Vol. 37. – P. 1735 – 1747.

128. Shenton M.E. A review of MRI findings in schizophrenia / M.E. Shenton, C.C. Dickey, M. Frumin, R.W. McCarley // *Schizophr Res.* – 2001. – V. 49. – P. 1 – 52.

129. Smith L. Symptoms and behavior problems of adolescents and adults with autism: Effects of mother-child relationship quality, warmth, and praise / L.

Smith, J.S. Greenberg, M.M. Seltzer, J. Hong // *American Journal on Mental Retardation*. – 2008. – Vol. 113. – P. 378 – 393.

130. Smith, T. Discrete trial training in the treatment of autism / T. Smith // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. – 2001. – V. 16. – P. 86 – 92.

131. Solomon M. Cognitive control in autism spectrum disorders / M. Solomon, S. Ozonoff, N. Cummings, C. Cartera // *International Journal of Developmental Neuroscience*. – 2007. – Vol 26. – P. 239 – 247.

132. Sporn A.L. Pervasive developmental disorder and childhood-onset schizophrenia: comorbid disorder or a phenotypic variant of a very early onset illness? / A.L. Sporn, A.M. Addington, N. Gogtay et al. // *Biol Psychiatry*. – 2004. – Vol 55. – P. 989 – 994.

133. Sprong M. Pathways to psychosis: a comparison of the pervasive developmental disorder subtype multiple complex developmental disorder and the “at risk mental state.” / M. Sprong, H.E. Becker, P.F. Schothorst et al. // *Schizophr Res*. – 2008. – Vol.99. – P. 38 – 47.

134. Ssucharewa G.E. The first account of the syndrome Asperger described? / G.E. Ssucharewa, S. Wolff // *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry* – 1996. – Vol.5, № 3. – P. 119 – 132.

135. Stahlberg O. Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders / O. Stahlberg, H. Soderstrom, M. Rastam, C. Gillberg // *J Neural Transm*. – 2004. – Vol. 111. – P. 891 – 902.

136. Stern Y. What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept / Y. Stern // *J. Int. Neuropsychol. Soc*. – 2002. – Vol. 8. – P. 448 – 460.

137. Stewart M.E. Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: a review / M.E. Stewart, L. Barnard, J. Pearson, R. Hasan, G. O'Brien // *Autism*. – 2006. – Vol. 10. – P. 103 – 116.

138. Stigler K.A. Paliperidone for irritability in adolescents and young adults with autistic disorder / K.A. Stigler, J.E. Mullett, C.A. Erickson, D.J. Posey, C.J. McDougle // *Psychopharmacology*. – 2012. – Vol. 223. – P. 237 – 245.

139. Taylor J.L. Changes in the autism behavioral phenotype during the transition to adulthood / J.L. Taylor, M.M. Seltzer // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2010. – Vol. 40, № 12. P. 1431 – 1446.

140. Taylor J.L. Employment and post-secondary educational activities for young adults with autism spectrum disorders during the transition to adulthood / J.L. Taylor, M.M. Seltzer // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2011. – Vol. 41, № 5. – P. 566 – 574.

141. Taylor J. L. A review of rhythm and responsiveness of cortisol in individuals with autism spectrum disorders / J. L. Taylor, B. A. Corbett // *Psychoneuroendocrinology*. – 2014. – Vol. 49. – P. 207 – 228.

142. The ICD – 10. Classification of Mental and Behavioral Disorders / World Health Organization, Geneva. – 1994.

143. The nice guideline on recognition, referral, diagnosis and management of adults on the autism / The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. – 2012. – P. 16 – 17.

144. Frazier T. W. Validation of Proposed DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder / T. W. Frazier et al. // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*. – 2012. – Vol. 51, № 1. – P. 28 – 40.

145. Toal F. Psychosis and autism: magnetic resonance imaging study of brain anatomy / F. Toal, O.J. Bloemen., Q. Deeley, N. Tunstall, E.M. Daly, L. Page, M.J. Brammer., K.C. Murphy, D.G. Murphy // *Br J Psychiatry*. – 2009. – Vol.194. – P. 418 – 425.

146. Tobin M. C. A systematic review of social participation for adults with autism spectrum disorders: Support, social functioning, and quality of life / M. C. Tobin, K. D. R. Drager, L. F. Richardson // *Research in Autism Spectrum Disorders*. – 2014 – Vol. 8. № 3. – P. 214 – 229.

147. Tsakanikos E. Psychopathology in adults with autism and intellectual disability / E. Tsakanikos, H. Costello, G. Holt, N. Bouras, P. Sturmey, T. Newton // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2006. – Vol. 36. – P. 1123 – 1129.
148. Tulving E. *Episodic Memory and Autonoetic Awareness*. The Oxford Handbook of Memory / E. Tulving, F. Craik. // New York, Oxford University Press. – 2000. – P. 597 – 608.
149. Uljarevic M. Recognition of emotions in autism: A formal metaanalysis / M. Uljarevic, A. Hamilton // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2013. – Vol. 43. – P. 1517 – 1526.
150. Van der Gaag R. A controlled study of formal thought disorder in children with autism and multiple complex developmental disorders / R. van der Gaag, R. Caplan., H. van Engeland et al. // *J Child Adolesc Psychopharmacol*. – 2005. – V.15. – P. 465 – 476.
151. Van der Gaag R.J. A controlled multivariate chart review of multiple complex developmental disorder / R. Van der Gaag., J. Buitelaar, E. van den Ban. et al. // *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 1995. – Vol..34. – P. 1096 – 1106.
152. Van Steensel F.J. Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis / F.J. van Steensel, S.M. Bogels, S.Perrin // *Clin Child Fam Psychol Rev*. – 2011. –Vol. 14. – P. 302 – 317.
153. Vannucchi G. Clinical features, developmental course, and psychiatric comorbidity of adult autism spectrum disorders / G. Vannucchi, G Masi, C. Toni, L. Dell'Osso, D., Marazziti, G. Perugi, // *CNS Spectrums*. – 2014. – Vol. 19, № 2. – P. 157 – 164.
154. Virues-Ortega J. The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies / J. Virues-Ortega, F.M. Julio, R. Pastor-Barriuso // *Clinical Psychology Review*. – 2013. – Vol. 33, № 8. – P. 940 – 953.

155. Volkmar F.R. Autism and pervasive developmental disorders / F.R. Volkmar, C. Lord, A. Bailey, R.T. Schultz, A. Klin // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2004. – Vol. 45, № 1. – P. 135 – 170.

156. Wan C. Y. Atypical hemispheric asymmetry in the arcuate fasciculus of completely nonverbal children with autism / C. Y. Wan, S. Marchina, A. Norton, G. Schlaug // *Annals of the New York Academy of Sciences*. – 2012. – Vol. 1252, № 1. – P. 332 – 337.

157. Warren Z. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders / Z. Warren, M.L. McPheeters, N. Sathe, J.H. Foss-Feig, A. Glasser, J. Veenstra-VanderWeele // *Pediatrics*. – 2011. – Vol. 127, № 5. – P. 1303 – 1311.

158. Watkins J.M. Symptom development in childhood onset schizophrenia / J.M. Watkins, R.F. Asarnow, P.E. Tanguay. // *J Child Psychol Psychiatry*. – 1988. – Vol.29. – P. 865 – 878.

159. Weinberger D. Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia / D. Weinberger // *Archives of General Psychiatry*. – 1987. – V. 44. – P. 660–669.

160. White S.W. Randomized controlled trial: multimodal anxiety and social skill intervention for adolescents with autism spectrum disorder / S.W. White, T. Ollendick, A.M. Albano, D. Oswald, C. Johnson, M.A. Southam-Gerow, L. Scahill // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2013. – Vol. 43, № 2. – P. 382 – 394.

161. Wing L. Catatonia in autistic spectrum disorders / L. Wing, A. Shah // *Br. J. Psychiatry*. – 2000. – Vol. 176. – P. 357–362.

162. Wing L. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification / L. Wing, J. Gould // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 1979. – Vol. 9, № 1. – P. 11 – 29.

163. Wood J.J. Exploring the nature and function of anxiety in youth with autism spectrum disorders / J.J. Wood, K.D. Gadow // *Clinical Psychology: Research and Practice*. – 2010. – Vol. 17. – P. 281 – 292.

164. Woolfenden S. A systematic review of the diagnostic stability of autism spectrum disorder / S. Woolfenden, V. Sarkozy, G. Ridley, K. Williams // *Research in Autism Spectrum Disorders*. – 2012. – Vol. 6. – P. 345 – 354.

165. Zigman W.B. Incidence and temporal patterns of adaptive behavior change in adults with mental retardation / W.B. Zigman, N. Schupf, T. Urv, Z. Zigman, W. Silverman // *American Journal on Mental Retardation*. – 2002. – Vol. 107. – P. 161 – 174.

166. Марценковський І.А. Деякі проблеми диференційної діагностики при розладах спектра аутизму / І.А. Марценковський // *Архів психіатрії*. – 2013. – № 3 (74). – С. 50 – 54.

167. Марценковський І.А. Діагностика та терапія епілепсій у дітей з розладами спектра аутизму / І.А. Марценковський // *Архів психіатрії*. – 2014. – № 1 (76). – С. 77 – 81.

168. Марценковський І.А. Загальні принципи терапії дітей з розладами спектра аутизму / І.А. Марценковський // *Архів психіатрії*. – 2011. – № 4 (67). – С. 67 – 70.

169. Пінчук І. Я. Розлади спектра аутизму у дорослих: сучасний стан проблеми / І.Я. Пінчук, Є.Л. Панічевська, В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна, В.В. Сотніченко // *Архів психіатрії*. – 2013. – № 4 (75). – С. 47 – 50.

170. Літвінов О.О. Розлади спектра аутизму у дорослих / О.О. Літвінов // *Архів психіатрії*. – 2013. – № 4(75). – С. 78 – 80.

171. Літвінов О.О. Соціальна та медична допомога хворим на аутизм в дорослому віці (вітчизняні реалії та світовий досвід) / О.О. Літвінов, І.А. Марценковський // *Здоров'я України*. – 2013. – № 4 (27). – С. 42 – 43.

172. Літвінов О.О. Віковий поліморфізм при первазивних порушеннях розвитку / О.О. Літвінов // *Архів психіатрії*. – 2014. – № 1 (76). – С. 28 – 35.

173. Літвінов О.О. Первазивні порушення розвитку та шизофренія: аспекти диференційної діагностики / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2014. – № 2 (77). – С. 96 – 99.
174. Літвінов О.О. Розлади спектру аутизму у дорослих / О.О. Літвінов // Вісник асоціації психіатрів України. – 2014. – № 2 – 3. – С. 36 – 39.
175. Літвінов О.О. Розлади спектру аутизму у підлітків та дорослих / О.О. Літвінов // Нейроньюс. – 2014. – № 1 (56). – С. 2 – 3.
176. Літвінов О.О. Розлади спектру аутизму у підлітків та дорослих / О.О. Літвінов // «Очерки детской психиатрии. Аутизм», Здоров'я України. Медичні журнали. – Київ, 2014. – С. 187 – 191.
177. Літвінов О.О. Особливості клінічного перебігу розладів аутистичного спектру в різних вікових групах / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2015. – № 2 (81). – С. 99 – 103.
178. Літвінов О.О. Особливості клінічного перебігу та соціальної дезадаптації при первазивних порушеннях розвитку у повнолітніх. Диференціація із шизофренією / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2015. – № 2 (81). – С. 128.
179. Літвінов О.О. Розлади аутистичного спектра та ендогенно – процесуальна патологія: тільки факти / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2015. – № 3 – 4 (82 – 83). – С. 34 – 40.
180. Літвінов О.О. Клініко – динамічні особливості розладів аутистичного спектра у повнолітніх / О.О. Літвінов // Ліки України. – 2015. – № 4 (25). – С. 108 – 110.
181. Літвінов О.О. Клінічний поліморфізм первазивних порушень розвитку у підлітків та дорослих / О.О. Літвінов // Нейроньюс. – 2015. – № 6 (70). – С. 56 – 58.

## Уніфікована карта обстеження хворих

## КАРТА ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА №

П.І.Б. пацієнта \_\_\_\_\_ Дата народження \_\_\_\_\_

Домашня адреса \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Історія захворювання/амбулаторна картка № \_\_\_\_\_ Лікувальна установа \_\_\_\_\_

Діагноз клінічний \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Діагноз супутній \_\_\_\_\_

Ускладнення \_\_\_\_\_

Інвалідність (група, дата встановлення) \_\_\_\_\_

Родинний стан \_\_\_\_\_ Діти \_\_\_\_\_ З ким проживає \_\_\_\_\_

Перенесенні захворювання, травми \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Спадковість \_\_\_\_\_

Алергологічний анамнез \_\_\_\_\_ Щеплення \_\_\_\_\_

Перебіг вагітності та пологів у матері \_\_\_\_\_

Додаткові обстеження ( ЕЕГ, КТ, МРТ, Психолог, Невролог) \_\_\_\_\_

Психічний статус \_\_\_\_\_

## ОЦІНОЧНІ КАТЕГОРІЇ, ОЗНАКИ, ОЦІНКА В БАЛАХ

### 1. ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ СПЕКТРА АУТИЗМУ:

	<i>Так</i>	<i>Ні</i>
Маса при народженні < 2500г	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Ускладнена вагітність: токсикоз, внутрішньоутробні інфекції (Токсоплазмоз, Краснуха, Цитомегаловірусна інфекція, Герпетична інфекція)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Ускладнені пологи: сідничне передлежання, кесарів розтин, асфіксія, оцінка по шкалі АПГАР < 7 балів	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Наявність РСА в сімейному анамнезі батька	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Наявність РСА в сімейному анамнезі матері	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Вік батька > 35 років	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Вік матері > 35 років	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Зловживання батька алкоголем під час періоду запліднення	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Зловживання матері алкоголем під час періоду запліднення	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Гіпотиреоз у матері під час вагітності	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Цукровий діабет II типу у матері під час вагітності	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Артеріальна гіпертензія у матері під час вагітності	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Ожиріння у матері під час вагітності	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

### 2. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ:

Вік виникнення	<i>старше 3 років</i>	<i>від 1 до 3 років</i>	<i>до 1 року</i>
перших симптомів	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
первазивних порушень			

	<i>відсутній</i>	<i>наявний</i>
Наявність регресу навичок	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Наявність регресу мовлення	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Позитивна динаміка	<i>без результату</i>	0 <input type="checkbox"/>
психічного та моторного	<i>частково зменшилося відставання розвитку</i>	1 <input type="checkbox"/>
розвитку	<i>повністю відновився розвиток</i>	2 <input type="checkbox"/>
Позитивна динаміка	<i>без результату</i>	0 <input type="checkbox"/>
розвитку мовлення	<i>частково зменшилося відставання розвитку</i>	1 <input type="checkbox"/>
	<i>повністю відновився розвиток</i>	2 <input type="checkbox"/>

### 3. ПОРУШЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РЕЦИПРОКНОСТІ

	<i>Не вміє</i>	<i>Вміє</i>
Вміння розуміти соціальний контекст ситуацій, вміння поводитись відповідно до нього	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Вміння розуміти жарти, побудовані на грі слів	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Вміння розуміти емоції інших людей	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Вміння передавати свої почуття використовуючи міміку та жести	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Вміння підтримувати дружні стосунки	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

### 4. ПОРУШЕННЯ КОМУНІКАЦІЇ

	<i>не вміє</i>	<i>вміє</i>
Вміння розуміти звернену мову	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Вміння підтримувати діалог	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Рівень розвитку та використання активної мови	<i>не використовує</i>	0 <input type="checkbox"/>
	<i>використовує пасивно</i>	1 <input type="checkbox"/>
	<i>використовує активно</i>	2 <input type="checkbox"/>
Рівень невербальної комунікації	<i>не використовує</i>	0 <input type="checkbox"/>
	<i>використовує пасивно</i>	1 <input type="checkbox"/>
	<i>використовує активно</i>	2 <input type="checkbox"/>

### 5. ПОВТОРЮВАНА ПОВЕДІНКА

	<i>відсутнє присутнє</i>	
Активна діяльність в межах специфічних інтересів	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Дотримання нефункціонального розпорядку та ритуалів	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Стереотипні та повторювані механічні дії	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

### 6. КОГНІТИВНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ

Рівень IQ \_\_\_\_\_ балів

Рівень розуміння письмової мови	<i>не розуміє</i>	0 <input type="checkbox"/>
	<i>розуміє літери</i>	1 <input type="checkbox"/>
	<i>розуміє слова</i>	2 <input type="checkbox"/>
	<i>вільно читає тексти</i>	3 <input type="checkbox"/>
Рівень використання письмової мови	<i>не вміє писати</i>	0 <input type="checkbox"/>
	<i>вміє писати літери</i>	1 <input type="checkbox"/>
	<i>вміє писати слова</i>	2 <input type="checkbox"/>
	<i>вільно пише складні речення</i>	3 <input type="checkbox"/>

## 7. СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ

Освіта	<i>не закінчена середня</i>	0 <input type="checkbox"/>
	<i>середня</i>	1 <input type="checkbox"/>
	<i>середньо-спеціальна</i>	2 <input type="checkbox"/>
	<i>не закінчена вища/вища</i>	3 <input type="checkbox"/>

Трудова діяльність	<i>не працює</i>	0 <input type="checkbox"/>
	<i>некваліфікована праця</i>	1 <input type="checkbox"/>
	<i>низькокваліфікована праця</i>	2 <input type="checkbox"/>
	<i>кваліфікована праця</i>	3 <input type="checkbox"/>
	<i>висококваліфікована праця</i>	4 <input type="checkbox"/>

Сімейний стан	<i>не одружений/а</i>	0 <input type="checkbox"/>
	<i>розведений/а</i>	1 <input type="checkbox"/>
	<i>цивільний/зареєстрований шлюб</i>	2 <input type="checkbox"/>

	<i>відсутнє</i>	<i>присутнє</i>
Наявність особливих вмінь та навичок	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Наявність хобі	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Схильність до агресії, аутоагресії	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Наявність рухливої розгальмованості, гіперактивності	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

Здатність до самостійного функціонування	<i>не здатний/а</i>	0 <input type="checkbox"/>
	<i>потребує допомоги</i>	1 <input type="checkbox"/>
	<i>функціонує самостійно</i>	2 <input type="checkbox"/>

## 8. КОМОРБІДНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

0-відсутні

1-дані про наявність в анамнезі

2-розлад не виражений, не постійний

3-розлад виражений, суттєво впливає на поведінку

Наявність маячних ідей	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Наявність галюцинацій, псевдогалюцинацій	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Наявність порушення абстрактного мислення	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Наявність притупленого афекту, зниженої емоційності	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Наявність підвищеного настрою, емоційної збудженості	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Наявність дисфорій	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

## 9. КОМОРБІДНІ ЕПІЛЕПТИФОРМНІ РОЗЛАДИ

	<i>Відсутні</i>	<i>Присутні</i>
Наявність фебрильних судом в анамнезі	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Наявність епілептичних нападів та отримання протисудомної терапії в анамнезі	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Наявність в даний час епілептичного процесу та протиепілептичного лікування	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

## СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА

1. Літвінов О.О. Розлади спектру аутизму у дорослих / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2013. – № 4(75). – С. 78 – 80.
2. Літвінов О.О. Соціальна та медична допомога хворим на аутизм в дорослому віці (вітчизняні реалії та світовий досвід) / О.О. Літвінов, І.А. Марценковський // Здоров'я України. – 2013. – № 4 (27). – С. 42 – 43.
3. Літвінов О.О. Віковий поліморфізм при первазивних порушеннях розвитку / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2014. – № 1 (76). – С. 28 – 35.
4. Літвінов О.О. Первазивні порушення розвитку та шизофренія: аспекти диференційної діагностики / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2014. – № 2 (77). – С. 96 – 99.
5. Літвінов О.О. Розлади спектру аутизму у дорослих / О.О. Літвінов // Вісник асоціації психіатрів України. – 2014. – № 2 – 3. – С. 36 – 39.
6. Літвінов О.О. Розлади спектру аутизму у підлітків та дорослих / О.О. Літвінов // Нейроньюс. – 2014. – № 1 (56). – С. 2 – 3.
7. Літвінов О.О. Розлади спектру аутизму у підлітків та дорослих / О.О. Літвінов // «Очерки детской психиатрии. Аутизм», Здоров'я України. Медичні журнали. – Київ, 2014. – С. 187 – 191.
8. Літвінов О.О. Особливості клінічного перебігу розладів аутистичного спектру в різних вікових групах / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2015. – № 2 (81). – С. 99 – 103.
9. Літвінов О.О. Особливості клінічного перебігу та соціальної дезадаптації при первазивних порушеннях розвитку у повнолітніх. Диференціація із шизофренією / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2015. – № 2 (81). – С. 128.
10. Літвінов О.О. Розлади аутистичного спектра та ендогенно – процесуальна патологія: тільки факти / О.О. Літвінов // Архів психіатрії. – 2015. – № 3 – 4 (82 – 83). – С. 34 – 40.

11. Літвінов О.О. Клініко – динамічні особливості розладів аутистичного спектра у повнолітніх / О.О. Літвінов // Ліки України. – 2015. – № 4 (25). – С. 108 – 110.

12. Літвінов О.О. Клінічний поліморфізм первазивних порушень розвитку у підлітків та дорослих / О.О. Літвінов // Нейроньюс. – 2015. – № 6 (70). – С. 56 – 58.

#### Апробація матеріалів дослідження

Основні положення наукової роботи обговорені на конференції недержавних організацій, батьків та фахівців, що опікуються людьми з розладами аутистичного спектра «Аутизм в Україні – виклики та шляхи вирішення» (Київ, 5 квітня 2013р.); семінарі Міністерства охорони здоров'я України для лікарів – дитячих психіатрів, лікарів–педіатрів, лікарів–дитячих неврологів Одеської, Херсонської, Миколаївської областей «Програмно – цільове обслуговування дітей з розладами спектру аутизму відповідно до клінічного протоколу МОЗ (Наказ № 108 від 15.02.2010)» (Одеса, 26 червня, 2013); семінарі Міністерства охорони здоров'я України для лікарів – дитячих психіатрів, лікарів – педіатрів, лікарів – дитячих неврологів Дніпропетровської та Запорізької областей «Програмно – цільове обслуговування дітей з розладами спектру аутизму відповідно до клінічного протоколу МОЗ (Наказ № 108 від 15.02.2010)» (Дніпропетровськ, 10 вересня, 2013); центрально-азіатському форумі «Аутизм – проблеми и решения» (Таджикістан, Душанбе, 6 лютого 2014р.); міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання соціальної і судової психіатрії ХХІ століття» (Київ, 25-26 вересня 2014р.); міжнародній науково-практичній конференції «Методологічні та правові аспекти діагностики, терапії та соціальної допомоги при психічних та поведінкових розладах у різних вікових групах» (Київ, 23-24 квітня 2015р.); науково-практичному семінарі «Розлади аутистичного спектру: впровадження сучасних терапевтичних стратегій в Україні» (Львів, 25 вересня 2015р.); міжнародній науково-

практичній конференції «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я» (Київ, 14-15 квітня 2016р.).

## ДОДАТОК В

## Акти впровадження

Харківський міський психоневрологічний диспансер № 3  
61000 м. Харків, вул. Алчевських, 32.

## ЗАТВЕРДЖУЮ

Головний лікар  
Харківського міського  
психоневрологічного диспансеру № 3  
А.І. Хімчян

## АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Літвінова Олександра Олександровича  
на тему  
«Клініко – психопатологічні та соціально – психологічні особливості  
розладів аутистичного спектра у повнолітніх»

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Методичні рекомендації з надання медико-соціальної допомоги особам, що страждають на розлади аутистичного спектра.
- 2. Ким запропонована, виконавець, адреса:** Літвіновим О.О., аспірантом Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології, виконавець – Літвінов О.О.; м. Київ, вул. Кирилівська 103.
- 3. Де і коли впроваджено:** лікувальна практика в Харківському міському психоневрологічному диспансері № 3, 2015р.
- 4. Результати використання методичних рекомендацій:** методичні рекомендації з надання медико-соціальної допомоги дозволили:
  - 1) підвищити фаховий рівень лікарів;
  - 2) створити індивідуальні програми лікування пацієнтів;
  - 3) скоротити термін амбулаторного лікування;
  - 4) зменшити витрати на амбулаторне лікування;
  - 5) знизити рівень інвалідності та тимчасової непрацездатності серед повнолітніх осіб із розладами аутистичного спектра.
- 5. Зауваження, пропозиції:** впровадження методичних рекомендацій з надання медико-соціальної допомоги при розладах аутистичного спектра у підлітків та повнолітніх осіб в лікувальну практику дозволило підвищити рівень адаптації пацієнтів та якість їх життя.

Головний лікар  
Харківського міського  
психоневрологічного диспансеру № 3



А.І. Хімчян



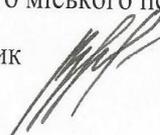
- 2) покращити ефективність лікувального процесу;
- 3) створити індивідуальні програми лікування пацієнтів;
- 4) зменшити витрати на амбулаторне лікування.

**5. Зауваження, пропозиції:** впровадження методичних рекомендацій з надання медико-соціальної допомоги при первазивних порушеннях розвитку у підлітків та повнолітніх осіб в лікувальну практику дозволило підвищити рівень адаптації пацієнтів та якість їх життя.

Головний лікар

Київського міського психоневрологічного диспансеру № 2

В.М. Голик



Клиника BRIUT

0001111 г. Баку, Ясамальский рай. ул. Азада Мирзоева 245 а.

УТВЕРЖДАЮ  
Главный врач клиники BRIUT



Самедова В.Г.

«13» 10 2016 г.

АКТ

про внедрение результатов диссертационного исследования

Литвинова Александра Александровича

на тему

«Клинико – психопатологические и социально – психологические особенности расстройств аутистического спектра у совершеннолетних»

1. **Наименование предложения для внедрения:** Методические рекомендации по оказанию медико-социальной помощи совершеннолетним пациентам, которые страдают расстройствами аутистического спектра.
2. **Кем предложено, исполнитель, адрес:** Литвиновым А.А., аспирантом Украинского научно-исследовательского института социальной, судебной психиатрии и наркологии Министерства Здравоохранения Украины; Украина, г. Киев, ул. Кирилловская 103.
3. **Где и когда внедрено:** лечебная практика в клинике BRIUT, 2016г.
4. **Результаты использования методических рекомендаций:** методические рекомендации по оказанию медико-социальной помощи позволили:

- 1) улучшить профессиональный уровень врачей;
- 2) повысить эффективность лечебного процесса;
- 3) усовершенствовать индивидуальные программы лечения совершеннолетних пациентов с расстройствами аутистического спектра;
- 4) уменьшить финансовые затраты на лечение.

**5. Замечания:** внедрение методических рекомендаций по оказанию медико-социальной помощи совершеннолетним пациентам с расстройствами аутистического спектра в лечебную практику позволило повысить уровень адаптации пациентов и уменьшить возникновение осложнений в процессе лечения как основного заболевания так и коморбидных расстройств.

Главный врач клиники BRIUT



*Врач высшей категории*

*Нсаидова*

Самедова З.Г.



4) зменшити витрати на лікування.

**5. Зауваження, пропозиції:** впровадження методичних рекомендацій з надання медико-соціальної допомоги при первазивних порушеннях розвитку у підлітків та повнолітніх осіб в лікувальну практику дозволило підвищити рівень адаптації пацієнтів та якість їх життя.

Директор ТМО «ПСИХІАТРІЯ»

доктор мед. наук, професор

В.Д. Мішиєв





ПРИЛУЦЬКИЙ ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ КОЛЕДЖ ім. І. Я. ФРАНКА

Чернігівська обласна рада

17500, м. Прилуки, вул. Перемоги, 170; тел. 5-08-55

від 09.12.2015 року № 349

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

В.о. директора Прилуцького гуманітарно-педагогічного коледжу ім. І.Я. Франка  
канд. пед. наук, доцент О.І. Мельничук

«09» грудня 2015 р.

**АКТ**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Літвінова Олександра Олександровича  
на тему «Клініко-психопатологічні та соціально-психологічні особливості  
розладів аутистичного спектру у дорослих»

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** Методичні рекомендації з надання медико-соціальної допомоги особам, що страждають на первазивні порушення розвитку.
2. **Ким запропонована, виконавець, адреса:** Літвіновим О.О., аспірантом Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології, виконавець – Літвінов О.О.; м. Київ, вул. Кирилівська 103.
3. **Де і коли впроваджено:** в навчально-педагогічний процес Прилуцького гуманітарно-педагогічного коледжу ім. І.Я. Франка при викладанні курсів «Безпека життєдіяльності» та «Основи здорового способу життя» 2014-2015 р.р.
4. **Результати використання методу:** методичні рекомендації з надання медико-соціальної допомоги дозволили:
  - 1) підвищити рівень фахової підготовки студентів;
  - 2) покращити рівень індивідуального саморозвитку студентів;
  - 3) удосконалити навчально-педагогічний процес.
5. **Ефективність впровадження (скорочення довготривалості знаходження в стаціонарі, терміну амбулаторного лікування, тимчасової непрацездатності, зниження інвалідності, летальності, економічний ефект, інші показники):** методичні рекомендації з надання медико-соціальної допомоги при розладах аутистичного спектру у підлітків та повнолітніх осіб дозволили підвищити ефективність навчально-педагогічного процесу; покращити рівень фахової підготовки студентів; побудувати індивідуальні освітні програми, що в свою чергу покращило показники рівня психологічної допомоги особам, що страждають на розлади аутистичного спектра.

**6. Зауваження, пропозиції:** впровадження методичних рекомендацій з надання медико-соціальної допомоги при розладах аутистичного спектру у підлітків та повнолітніх осіб в навчально-педагогічний процес дозволило адаптувати систему психологічної корекції повнолітнім особам із розладами аутистичного спектру до національної системи освіти.

Голова виклової комісії викладачів педагогіки та психології  
канд. пед. наук О.М. Кочерга

Во. директора коледжу  
канд. пед. наук доцент О.І. Мельничук



*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Начальник наукового відділу

Кіровоградського інституту розвитку

людини Університету «Україна»

доц. Седова Н. А.

3 червня 2014 р.

**АКТ**

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Літвінова Олександра Олександровича

на тему «Клініко-психопатологічні та соціально-психологічні особливості

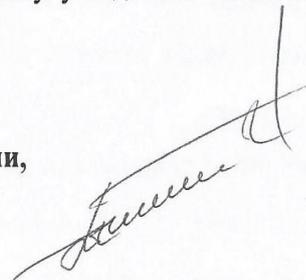
розладів аутистичного спектра у дорослих»

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Методичні рекомендації з надання медико-психологічної допомоги та реабілітації особам, що страждають на первазивні порушення розвитку.
- 2. Ким запропонована, виконавець, адреса:** Літвіновим О.О., аспірантом Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології, виконавець – Літвінов О.О.; м. Київ, вул. Кирилівська 103.
- 3. Де і коли впроваджено:** навчально-педагогічний процес Кіровоградського інституту розвитку людини Університету «Україна» під час викладання курсів «Основи фізичної реабілітації» та «Курортологія» у 2012-2014 рр.
- 4. Результати використання методу:** методичні рекомендації з надання медико-соціальної допомоги та реабілітації дозволили:
  - 1) підвищити рівень фахової підготовки студентів;
  - 2) покращити рівень індивідуального саморозвитку студентів;
  - 3) удосконалити навчально-педагогічний процес.
- 5. Ефективність впровадження (скорочення довготривалості знаходження в стаціонарі, терміну амбулаторного лікування, тимчасової**

непрацездатності, зниження інвалідності, летальності, економічний ефект, інші показники): методичні рекомендації з надання медико-соціальної допомоги та реабілітації при первазивних порушеннях розвитку у підлітків та повнолітніх осіб дозволили підвищити ефективність навчально-педагогічного процесу; покращити рівень фахової підготовки студентів; побудувати індивідуальні освітні програми, що в свою чергу покращило показники рівня психологічної допомоги особам, що страждають на первазивні порушення розвитку.

**6. Зауваження, пропозиції:** впровадження методичних рекомендацій з надання медико-соціальної допомоги та реабілітації в навчально-педагогічний процес дозволило адаптувати систему психологічної корекції при первазивних порушеннях розвитку у підлітків та повнолітніх осіб до національної системи освіти.

**Завідувач кафедри здоров'я людини,  
фізичного виховання і спорту**



**Р. Тараненко**

## АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
Літвінова Олександра Олександровича на тему  
«Клініко – психопатологічні та соціально – психологічні особливості  
розладів аутистичного спектру у дорослих»

- 1. Найменування пропозиції для впровадження:** Методичні рекомендації з надання медико-психологічної допомоги та реабілітації особам, що страждають на первазивні порушення розвитку.
- 2. Ким запропонована, виконавець, адреса:** Літвіновим О.О., аспірантом Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології, виконавець – Літвінов О.О.; м. Київ, вул. Кирилівська 103.
- 3. Де і коли впроваджено:** навчально-педагогічний процес Харківського національного медичного університету при викладанні курсів «Фізичне виховання» 2014-2015 рр.
- 4. Результати використання методу:** методичні рекомендації з надання медико-соціальної допомоги та реабілітації дозволили:
  - 1) підвищити рівень фахової підготовки студентів;
  - 2) покращити рівень індивідуального саморозвитку студентів;
  - 3) удосконалити навчально-педагогічний процес.
- 5. Ефективність впровадження (скорочення довготривалості знаходження в стаціонарі, терміну амбулаторного лікування, тимчасової непрацездатності, зниження інвалідності, летальності, економічний ефект, інші показники):** методичні рекомендації з надання медико-соціальної допомоги та реабілітації при первазивних порушеннях розвитку у підлітків та повнолітніх осіб дозволили підвищити ефективність навчально-педагогічного процесу; покращити рівень фахової підготовки студентів; побудувати індивідуальні освітні програми, що в свою чергу покращило показники рівня психологічної допомоги особам, що страждають на первазивні порушення розвитку.
- 6. Зауваження, пропозиції:** впровадження методичних рекомендацій з надання медико-соціальної допомоги та реабілітації в навчально-педагогічний процес дозволило адаптувати систему психологічної корекції при первазивних порушеннях розвитку у підлітків та повнолітніх осіб до національної системи освіти.

Завідуючий кафедрою фізичної реабілітації,  
спортивної медицини з курсом фізичного  
виховання та здоров'я ХНМУ,  
д-р мед. наук

Викладач кафедри фізичної реабілітації,  
спортивної медицини з курсом фізичного  
виховання та здоров'я ХНМУ, к.б.н.

А.Г. Істомін

А.В. Ткаченко

