

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

*И.В. Забозлаева, Е.В. Малинина, Т.Н. Саблина,
А.А. Сединкин, Г.В. Мануйлов*

В результате клинико-динамического исследования определены особенности когнитивных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). Выявлена зависимость динамики когнитивных нарушений от форм аутизма, степени выраженности аутистических симптомов. Установлены особенности оценки симптоматики РАС при разных вариантах когнитивного дизонтогенеза. При синдроме Аспергера искаженный вид дизонтогенеза имеет прогностически благоприятный исход для обучения и адаптации на фоне значений коэффициента интеллекта (IQ) на уровне средней нормы (82–90 баллов). При синдроме Каннера дефицитарный вариант онтогенеза является менее благоприятным в отношении интеллектуального развития, для обучения и адаптации, при показателях IQ в пределах от низкой нормы интеллекта (70 – 78 баллов) до степени легкой умственной отсталости (64–69 баллов). Регрессивно-дефектирующий вариант при атипичном аутизме рассматривается как наиболее злокачественный и проявляется тяжелыми аутистическими симптомами с полной дезинтеграцией всех познавательных процессов, в последующем с формированием олигофреноподобного дефекта при уровне интеллекта в диапазоне от легкой умственной отсталости (52–67 баллов) до умеренно выраженной (35–49).

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра (РАС), шизотипический диатез, когнитивный дизонтогене, коэффициент интеллекта (IQ).

Актуальность исследования. Аутизм в детстве представлен группой расстройств, характеризующихся нарушением психического развития, аутистической формой поведения и общения с окружающими, расстройствами речи, моторики, стереотипиями деятельности и поведением, приводящими к социальной дезадаптации. Проявляется с рождения в форме *асинхронного дефицитарного дизонтогенеза* с неполным и неравномерным созреванием высших психических функций (Тиганов, 2005; Симашкова, 2013).

Существуют различные взгляды на причины возникновения расстройств аутистического спектра (РАС): биологические, социальные и психологические. Существуют гипотезы, объясняющие симптомы аутизма как следствие нарушений когнитивных процессов и эмоциональной сферы (Симашкова, 2013). Как следствие, нарушения познавательного развития детей с расстройствами аутистического спектра рассматривается как *когнитивный дизонтогенез*. В зависимости от уровня когнитивного развития детей с РАС, выделяются следующие варианты: 1) *искаженный*, проявляющийся диссоциированным сочетанием норматив-

ного и опережающего развития с элементами отставания; 2) *дефицитарный* – с отставанием от нормативного развития по некоторым сферам; 3) *регрессивно-дефектирующий* – с отставанием от нормативного развития по всем сферам. Такие нарушения отмечаются с младенчества (Зверева, 2005; Коваль-Зайцев, 2010; Симашкова, 2013).

Другая гипотеза объясняет основные симптомы аутизма дисфункцией сенсорной интеграции, а аутистическое поведение – как отражение аномального восприятия. Возникающие двигательные проблемы у детей, напоминают явления моторной диспраксии, которую можно рассматривать как один из причинных факторов нарушения речи. У детей с аутизмом в 100% случаев наблюдается нарушение сенсорной модуляции и моторные расстройства, формирующие сенсорную интеграцию, при которой мозг не способен осознать информацию, поступающую через органы чувств и обобщить ее в образы. Как следствие, дети с РАС имеют недостаточно развитые способности связывать различные элементы в единое целое, что приводит к ограниченному восприятию и пониманию окру-

жающего мира, к трудностям в понимании мыслей, намерений и чувств других людей. На когнитивном уровне это проявляется двояко: с одной стороны аутичный ребенок не понимает то, что он воспринимает, а с другой, -- не может адекватно реагировать и планировать свой ответ (Садовская, 2010).

Возможности интеллектуального развития детей с аутизмом зависят от его нозологической принадлежности, от клинических особенностей основного заболевания. Нарушение познавательной деятельности у этих пациентов является вторичным результатом аутистического поведения, которое препятствует формированию и созреванию интеллектуальных функций (Ковалев, 1995). Познавательные функции определяются несколькими составляющими, но речь является основополагающим фактором формирования когнитивных способностей и интеллекта в дальнейшем. Считается, что отсутствие коммуникативной речи к 5-летнему возрасту и IQ (коэффициент умственного развития) ниже 60 баллов являются плохими прогностическими признаками. При этом среди детей, которые к 5 годам все-таки овладевают коммуникативной речью и обладают средним интеллектом, только половина имеют шансы на адекватную адаптацию (Малинина, 2013; Gillberg, 2004).

По мнению многих современных авторов, детский аутизм представляет группу сходных синдромов разного происхождения, а более четко очерченными из них являются синдромы Каннера и Аспергера (Ковалев, 1995; Башина, 1999; Симашкова, 2013; Gillberg, 2004). Гетерогенность аутистических расстройств подразумевает и различную динамику заболевания, зависит от тяжести и особенностей психопатологической симптоматики.

Цель исследования – изучить клинико-динамические особенности когнитивных нарушений у детей с РАС.

Материалы и методы. В исследовании, проводившемся в 2009-2014 гг. приняли участие 42 пациента (в том числе 33 мальчика и 9 девочек) в возрасте от 6 до 12 лет. Критериями включения были общие расстройства психического развития, диагностируемые в соответствии положениями рубрики F 84 «Общие нарушения психологического развития» Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ–10) с типичными (синдром Каннера, F 84.0) и атипичными формами (F 84.1) аутистических расстройств, с синдромом Аспергера (так называемым вы-

сокофункциональным аутизмом, F 84.5). Верификация диагноза опиралась не только на критерии МКБ-10, но и предложенную НЦПЗ РАМН (2005г.) классификацию аутистических расстройств. Критериями исключения являлась генетически обусловленная (хромосомно-обменная) и другая патология с аутистическими чертами.

Использовались следующие методы исследования:

1. Клинико-психопатологическое, клинико-динамическое и клинико-анамнестическое исследование с целью выявления проявлений аутизма, с оценкой симптомов согласно диагностическим критериям МКБ-10).

2. Для оценки степени выраженности аутистических проявлений, поведенческих нарушений использовалась рейтинговая шкала детского аутизма – «The Childhood Autism diagnostic Scale» (CARS, E.Schopler, R Reichler, B.R. Renner, 1988). Шкала включает в себя 15 позиций, описывающих все значимые для обследования психологические проявления деятельности ребенка в различных ее областях. Каждый из 15 параметров оценивается по шкале от 1 до 4 баллов. Значения итоговой оценки могут варьировать от 15 до 60 баллов (при 15–29 баллах отмечается отсутствие аутизма, а при 37–60 баллах определяется тяжелая степень аутизма, в том числе –крайне тяжелая форма аутизма при значениях свыше 42 баллов). Во время тестирования оценивались все особенности поведения, выходящие за границы нормы.

3. Количественная оценка коэффициента интеллекта (IQ) с помощью шкалы измерения Дэвида Векслера (WISC), адаптированной для исследования детей и подростков в возрасте от 6,5 до 16,5 лет.

4. Обследование мышления с помощью методик «Малая предметная классификация», «Исключение 4-го лишнего» (вербальный и невербальный варианты), «Простые аналогии», «Пиктограмма», адаптированные для соответствующего возраста ребенка.

5. Изучение личностных особенностей с помощью проективных методик: «Дом, дерево, человек», «Несуществующее животное», теста Люшера.

6. Для оценки клинического состояния использовалась шкала общего клинического впечатления на момент осмотра и в динамике «Clinical and Global Impressions Scale» (CGI). Шкала дает возможность одномоментно оценить состояние, определяет степень тяжести

(подшкала CGI-S, от англ. «severity» – тяжесть) и степень улучшения (подшкала CGI-I, от англ. «improvement» – улучшение). Для расчета средних значений тяжести проявлений нарушений использовались величины в баллах, где отсутствие психических нарушений и пограничные состояния соответствовали 1-2 баллам; слабо, умеренно, сильно и тяжело выраженные психические нарушения – 3, 4, 5 и 6 баллам соответственно. Явное улучшение состояния оценивалось в 2 балла, умеренное – в 3 балла, без изменений – 4 балла.

7. Статистический метод для обработки данных проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica ver. 8.0.

Описание выборки исследования.

Принцип разделения на группы определялся нозологической принадлежностью (клиническим диагнозом): «Атипичный аутизм» (1-я группа численностью $n_1 = 17$ детей, в том числе 13 мальчиков и 4 девочки); «синдром Аспергера» (2-я группа $n_2 = 13$ детей, в т. ч. 11 мальчиков и 2 девочки; и «синдром Каннера» (3-я группа, $n_3 = 12$ детей, в том числе 9 мальчиков и 3 девочки)

Дизайн исследования, его результаты и их обсуждение. Обследовались дети дошкольного возраста при первичном обращении к психиатру и при поступлении в начальную школу для решения вопроса о выборе программы обучения, ее изменении в случаях ухудшения поведения и/или усвоения учебных предметов (дисциплин).

Первичное обращение к психиатру приходилось на первый критический возрастной период развития в детстве (3–4 года).

Причинами (поводами) к обращению служили аутистические формы поведения, затрудняющие адаптацию в детском коллективе: трудности общения со сверстниками с предпочтением игры в одиночестве, избегание взгляда «глаза в глаза», двигательные стереотипии (бег по кругу, атетозоподобные движения в пальцах рук, ходьба на цыпочках), склонность к рутинному порядку. Имелись речевые особенности в виде нарушений произносительной стороны речи, ритма, темпа воспроизведения, отсутствия интонаций, нарушение коммуникативных функций с неспособностью поддержать диалог, преобладанием эхололий, лепета, использование отдельных коротких слов, отсутствием построения фразеологической речи. Игровая деятельность была однообразной, с использованием неигровых предметов (дверей, воды, палочек). Де-

ти были не способны сохранять внимание на занятиях, понимать инструкции и выполнять задания, были беспокойны, неусидчивы, негативны в отношении предъявляемых к ним требований.

Клинический и клинико-психологический анализ особенностей преморбиды личности и дебюта клинической симптоматики показали, что в 1-й группе («Атипичный аутизм») аутистические формы поведения и нарушения речи появились после некоторого периода нормального развития, либо на фоне проявлений *шизотипического диатеза* (отсутствие реакции на голод и дискомфорт, застывший взгляд «в никуда», ритуальное поведение при засыпании, приеме пищи, одевании, негативное отношение к матери или амбивалентная симбиотическая связь с нею, ригидные игровые манипуляции с предметами неигрового назначения и т. п.), после перенесенного регресса в возрасте 12–18 месяцев. В преморбиде отмечался *дизонтогenez по типу задержки развития*. Клиническая картина была представлена распадом речевых, интеллектуальных и моторных функций и формированием олигофреноподобного дефекта. Во 2-й группе детей («Синдром Аспергера») отмечалось *дизонтогенетическое нарушение развития в виде асинхронии* с опережением в развитии речи, с эхололиями, отсутствием использования личных местоимений, скандированным стилем речевого произношения и трудностями поддержания коммуникаций. В поведении преобладали аутистические формы: отмечались трудности общения с другими детьми, отсутствие друзей в реальном окружении, но их воображаемое наличие в вербализациях. Также имели место сверхценные стереотипные односторонние увлечения, не соответствующие возрасту детей и имеющие странный, необычный, эксцентричный характер (например, интерес к устройству компьютера, телефонов; постоянное чтение энциклопедий и т. п.). Моторное развитие характеризовалось неуклюжестью и неловкостью движений. Отмечалось выраженное расстройство внимания в виде постоянной отвлекаемости, его избирательности, пассивности, неустойчивости, истощаемости и отсутствием поведения, демонстрирующего его регуляцию со стороны внимания. У детей 3-й группы в преморбиде отмечался *дизонтогenez по типу задержки развития*. Развитие речи с задержкой относительно возрастных норм, преимущественно невнятная, дизартричная, с эхололиями, речевыми штампами. В поведении детей отме-

чались аутистические формы общения и бессюжетная стереотипная однообразная игровая деятельность, сверхценное отношение к некоторым игрушкам и их деталям, повышенный интерес к неигровым предметам и т. п.

Всем пациентам проводилось тестирование по шкале CARS. Наличие уровня тяжелых расстройств аутистического спектра было выявлено у 10 детей 3-й группы («Синдром Каннера»). У 10 детей 1-й группы с атипичным аутизмом уровень расстройства соответствовали крайне тяжелой степени и в 7 случаях нарушения расценивались как тяжелая степень проявления аутизма. Во 2-й группе при синдроме Аспергера по этой шкале было выявлено наличие аутистических черт, соответствовавших уровню легкого/умеренно выраженного уровня аутизма и не достигавшего уровня критерия «тяжелый аутизм». Описанные результаты представлены в таблице.

Степень тяжести клинических проявлений оценивалась по шкале общего клинического впечатления CGI-S. У детей 1-й и 3-й групп состояние расценивалось как «сильно выраженные психические нарушения» (5 баллов), у пациентов 2-й группы – как «умеренно выраженная» (4 балла).

За период наблюдения в течение 4 календарных лет дети получали медицинскую, коррекционную и психотерапевтическую помощь. При повторном обращении пациентов во второй критический возрастной период (соответствующий началу школьного обучения в возрасте 7 лет) в клиническом состоянии отмечалась динамика в психическом состоянии и развитии. У детей с синдромом Каннера в речевой деятельности увеличился объем словарного запаса, в высказываниях появились короткие фразы, но сохранялись проявления эхололий, дети не могли поддерживать диалог при обращенной к ним речи. В поведении проявлялись трудности общения с другими детьми, отмечались стереотипные

игры, действия и ритуалы. У пациентов с синдромом Аспергера в поведении сглаживались аутистические черты: дети смогли адаптироваться в детских дошкольных учреждениях на фоне сохранения избирательности в общении, стереотипных увлечений, однообразной игровой деятельности, появились фразеологическая речь и практика использования личных местоимений. У детей с атипичным аутизмом отмечался злокачественный характер течения заболевания с формированием олигофреноподобного дефекта.

При повторном обследовании динамика клинического состояния, оцениваемая по шкале SGI-I, у детей с синдромом Аспергера соответствовала критерию «большое улучшение» (2 балла), у детей с синдромом Каннера – «небольшое улучшение» (3 балла) и у детей с атипичным аутизмом – «без изменений» (4 балла).

Всем пациентам была проведена патопсихологическая диагностика, включающая оценку коэффициента интеллекта, характеристик познавательных процессов, мышления, речи, а также личностных особенностей.

По уровню интеллекта отмечались различия не только у детей всех 3 групп, но и внутри показателей в каждой из групп. Так, в 1-й группе с атипичным аутизмом уровень интеллекта колебался от степени легкой умственной отсталости (52–67 IQ баллов) до умеренно выраженной (35–49 баллов); во 2-й группе детей с синдромом Аспергера показатели интеллекта соответствовали уровню средней нормы (82–90 баллов), а у детей 3-й группы с синдромом Каннера показатель IQ был определен в пределах от низкой нормы интеллекта (70–78 баллов) до показателей уровня легкой умственной отсталости (64–69 баллов) (см. рисунок).

При проведении обследования уровня интеллекта с помощью шкалы Д. Векслера была выявлена неравномерность в выполнении

Распределение численности детей с РАС по уровням значений результатов их обследования по шкале CARS

Группы пациентов	Численность пациентов	Уровень аутизма (в баллах шкалы CARS)		
		Легкий/умеренно выраженный аутизм (30–36)	Тяжелый аутизм (37–60)	Крайне тяжелый аутизм (42–60)
1-я («Атипичный аутизм»)	17	0	7	10
2-я («С-м Аспергера»)	13	13	0	0
3-я («С-м Каннера»)	12	0	10	2
Всего	42	13	17	12

вербальных и невербальных заданий пациентами всех трех групп. Границы оценок вербального интеллекта у детей с показателями средней нормы колебались от 78 до 84 баллов, в то время как показатели невербального интеллекта имели более высокие значения (в пределах от 83 до 92 баллов). У пациентов с легким умственным дефектом невербальные оценки имели значения от 69 до 74 баллов, вербальные – от 52 до 67 баллов. У детей с умеренным умственным дефектом уровень невербального интеллекта оценивался в диапазоне от 39 до 45 баллов, а вербального – среднем 35 баллов.

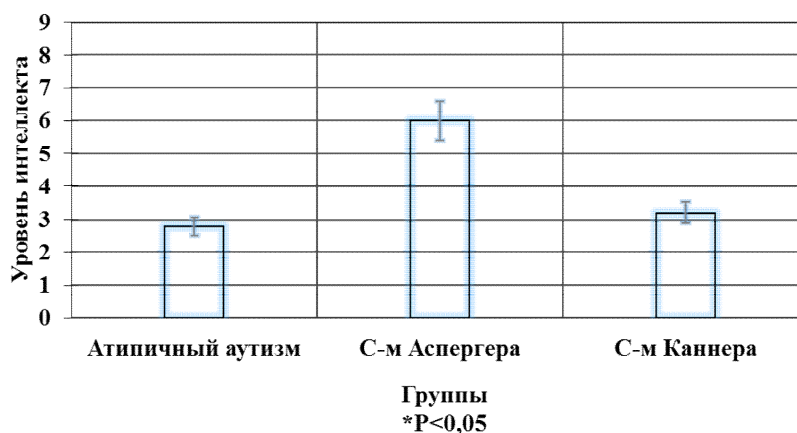
Полученные результаты отражают картину когнитивной дезинтеграции в развитии таких детей и подтверждают мнение о том, что дети с аутизмом лучше справляются с визуально-пространственными и с невербальными заданиями, чем с вербальными (Каган, 1981).

Обследование мыслительной деятельности у детей с атипичным аутизмом удавалось провести не всегда с первого раза, например, вследствие сниженных их познавательных способностей, низкой мотивации и темпа выполнения работы. Нарушение мышления проявлялось снижением уровня обобщения и затруднениями процесса абстрагирования на фоне проблем в самостоятельной организации продуктивной интеллектуальной деятельности, а также тенденцией к актуализации слабых и латентных признаков предметов и явлений. Отмечались аутистические личностные особенности, проявлявшиеся сниженным, незрелым уровнем и амбивалентностью эмоциональных реакций, трудностями в установ-

лении контактов, слабым пониманием социального контекста, норм и ожиданий, демонстрируемые реакциями негативизма и протеста, декларацией своеобразия интересов.

Особенности мыслительной деятельности пациентов 2-й группы (детей с синдромом Аспергера) проявлялись неравномерностью уровней процессов обобщения и абстрагирования, при выполнении заданий прослеживалось использование субъективно-эмоциональных критериев, преобладание оценочных комментариев, отмечались легкость генерирования идей, отдаленность и оригинальность ассоциаций, беглости речи. Мышление детей с высокофункциональным аутизмом имеет признаки дивергентности, связываемые с высоким творческим потенциалом. Аутистические черты личности проявлялись в выраженных нарушениях поведения при протестных реакциях на средовые воздействия, избыточной возбудимостью, повышенной импульсивностью, склонностью к неожиданным и своемувольным поступкам, агрессивными реакциями, выраженной избирательностью в контактах, категоричностью суждений по отношению к любым мнениям.

В 3-й группе детей с синдромом Каннера мыслительные процессы испытуемых характеризовались мотивационными нарушениями в виде снижения способности к самостоятельной организации продуктивной интеллектуальной деятельности, а также нечеткостью, расплывчатостью суждений, снижением целенаправленности мышления, наличием проявлений диссоциативного симптомокомплекса, затруднениями процесса абстрагирования.



Графики количественной оценки усредненных значений коэффициента интеллекта (IQ) детей с различными вариантами РАС

Примечание. Вербально-нормируемые статистические показатели уровня умственной отсталости (УО): 2 балла – умеренная УО; 3 балла – легкая УО; 6 баллов – средняя норма

Дети легко справлялись с выполнением сложных заданий при том, что не могли выполнить простые задания. Личностные особенности проявлялись выраженными аутистическими чертами с трудностью социальной адаптации, недостатком практицизма, трудностью в выработке общепринятых норм поведения, своеобразием интересов, замкнутостью, выраженной избирательностью в контактах, боязливостью и тревожными опасениями, сверхчувствительностью к критическим замечаниям.

Таким образом, проведенное клинико-патопсихологическое обследование позволило выявить разную степень развития и проявления познавательной деятельности детей с расстройствами аутистического спектра. Так, когнитивное развитие пациентов с синдромом Аспергера отличалось дезинтегративностью в познавательной сфере: у них был выявлен хороший уровень вербального интеллекта, относительно высокий темп работы. Такие дети проявляли интерес к заданиям, но обнаруживали при выполнении заданий отставание в моторном развитии, в способности формировать и поддерживать гибкое целенаправленное поведение с планированием цели деятельности. Такая диссоциация развития могла в дальнейшем затруднять усвоение ребенком учебной программы и требовала применения правильных индивидуальных педагогических подходов к нему. Когнитивное развитие детей с синдромом Каннера обнаружило сходство с вариантом задержанного дизонтогенеза в виде отставания развития функций вербального интеллекта, тонкой моторики, с небольшой задержкой развития восприятия и координации. Дезинтеграция познавательной деятельности проявлялась при попытках детей выполнить более сложные задания при наличии трудностей в выполнении простых проб и низкой продуктивности деятельности. Показатели выраженности аутистических черт по шкале CARS соответствовали уровню умеренно выраженного и тяжелого аутизма.

Дети с атипичным аутизмом продемонстрировали практически по всем познавательным сферам грубое отставание от нормативного развития. Выраженная дезинтеграция отмечалась в развитии речи, большинство детей с атипичным аутизмом не пользовались развернутыми фразами, произносили в основном только отдельные слова; выявлялись нарушения моторики и восприятия. У них отсутствовали проявления посылки мотивации деятельности, отмечались выраженные сте-

реотипные действия, темп работы при выполнении проб был очень низкий. Показатели по шкале CARS соответствовали уровню тяжелого и крайне тяжелого аутизма.

Полученные в описываемом клинико-психологическом исследовании результаты можно квалифицировать как варианты проявления *когнитивного дизонтогенеза*:

– **диссоциированный дизонтогенез**, проявляющийся сочетанием нормативного и опережающего развития отдельных психических функций с нетяжелыми проявлениями аутистических симптомов можно расценить как **искаженный вид когнитивного дизонтогенеза**;

– **диссоциированное отставание** от нормативного развития по некоторым сферам познавательной деятельности можно расценить как **дефицитарный дизонтогенез** с тяжелыми проявлениями аутизма и грубое отставание с выраженной дезинтеграцией основных когнитивных представлений, или, обобщенно, как **регрессивно-дефектирующий вариант дизонтогенеза** (Коваль-Зайцев, 2010).

Заключение. Результаты клинико-динамического исследования детей с диагнозом «Расстройства аутистического спектра» позволили определить особенности наблюдающихся при этом когнитивных нарушений. В контексте этого форма аутизма, степень выраженности аутистических симптомов являются определяющими. Рассмотрение вариантов когнитивного дизонтогенеза помогает в оценке характеристик и нозологических особенностей интеллектуальных расстройств. Искраженный и дефицитарный виды дизонтогенеза прогностически более благоприятны в отношении оценки проявлений РАС и создают предпосылки для организации обучения и адаптации детей с аутистическими симптомами. Регрессивно-дефектирующий вариант является наиболее злокачественным и проявляется тяжелыми нарушениями с полной дезинтеграцией всех познавательных процессов и последующим формированием олигофреноподобного дефекта. Патопсихологическая диагностика позволяет решить дифференциально-диагностические задачи, оценить интеллектуально-личностные характеристики детей с расстройствами аутистического спектра, определить актуальные и потенциальные возможности обучения, адаптации и проводить динамическое медико-психологическое наблюдение.

Литература

1. Башина, В.М. Аутизм в детстве / В.М. Башина. – М.: Медицина, 1999. – 240 с.
2. Зверева, Н.В. Дисгармоничность как специфический признак когнитивного дизонтогенеза при шизофрении в детском возрасте / Н.В. Зверева // В.М. Бехтерев и современная психология: материалы докладов на Рос. науч.-практ. конф. Казанский госуниверситет, 29–30 сент. 2005 г. Казань, Центр инновационных технологий. – Казань, 2005. – С. 138–144.
3. Каган, В.Е. Аутизм у детей / В.Е. Каган. – Л.: Медицина, 1981. – 206 с.
4. Ковалев, В.В. Психиатрия детского возраста / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1995. – 206 с.
5. Коваль-Зайцев, А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами: автореф. дис... канд. психол. наук / А.А. Коваль-Зайцев. – СПб., 2010. – 28 с.
6. Малинина, Е.В. Аутизм, эпилепсия и эпиптиформная активность / Е.В. Малинина, И.В. Забозлаева, Т.Н. Саблина, А.А. Сединкин // Журнал Психиатрия. – 2013. – № 04 (60). – С. 11–15.
7. Расстройства аутистического спектра у детей. Науч.-практ. рук. / под ред. Н.В. Симашиковой. – М.: Авторская академия, 2013. – 264 с.
8. Садовская, Ю.Е. Аутизм и дисфункция сенсорной интеграции в детском возрасте / Ю.Е. Садовская, В.И. Родионова, Б.М. Блохин, А.Л. Битова // Журнал Психическое здоровье – 2010. – № 11. – С. 35–38.
9. Тиганов, А.С. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве / А.С. Тиганов, В.М. Башина // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. – № 105(8). – С. 4–13.
10. МКБ-10 (1995) – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1995. – М.: Медицина.
11. Schopler, E. The Childhood Autism Rating Scale (CARS) / E. Schopler, R.J. Reichler, & B.R. Renner // Los Angeles: CA: Western Psychological Services, 1988. – p. 1–6.
12. Gillberg, C. Психиатрия детского и подросткового возраста / С. Gillberg, L. Hellgren; под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгрена; рус. изд. под общ. ред. акад. РАМН П.И. Сидорова; пер. со швед. Ю.А. Макковеевой. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 544 с.

Забозлаева Ирина Валентиновна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), zabazl@mail.ru.

Малинина Елена Викторовна, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), malinina.e@rambler.ru.

Саблина Татьяна Николаевна, аспирант кафедры психиатрии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), sablina_tn@mail.ru

Сединкин Александр Анатольевич, аспирант кафедры психиатрии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), alex_aas@mail.ru.

Мануйлов Геннадий Валерьевич, врач-ординатор кафедры психиатрии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), gennadiymanuylovproduction@gmail.com

Поступила в редакцию 11 сентября 2014 г.

CLINICAL AND DYNAMIC FEATURES OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

I.V. Zabozaeva, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation, zabazl@mail.ru

*E.V. Malinina, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation,
malinina.e@rambler.ru*

T.N. Sablina, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation, sablina_tn@mail.ru

A.A. Sedinkin, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation, alex_aas@mail.ru

*G.V. Manuilov, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation,
gennadiymanuylovproduction@gmail.com*

Materials of researches of intellectual (cognitive) defect formation in children and adolescents with endogenous mental pathology are presented. There were described results of comparison psychometric diagnostics of IQ at children and adolescents with endogenous pathology and normal ones. The analysis of implementation of the test of Wechsler groups of children and adolescents in norm of development and at pathology showed existence of lower indicators of IQ at endogenous mental pathology of a schizophrenic range. The special analysis of indicators of IQ (Verbal Scale, Performance Scale, and also Full Scale) in clinical group showed distinctions in formation of the cognitive defect at children and teenagers with the diagnosis "children-onset schizophrenia" (F20.8 in Russian version of ICD-10) and "schizotypal disorder (F21.x)." For group with the diagnosis children's schizophrenia were characteristic evenly lowered indicators of IQ (Verbal Scale, Performance Scale, Full Scale). It gives the grounds to consider the nascent defect in children-onset schizophrenia as defect of oligofrenic type.

Keywords: children's schizophrenia, cognitive defect, psychometric diagnostics, intelligence quotient, dysontogenesis, dissociation.

References

1. Bashina V.M. *Autizm v detstve* [Autism in Childhood]. Moscow, Meditsina Publ., 1999, 240 p.
2. Zvereva N.V. [Disharmony as a Specific Feature of Cognitive Dysontogenesis Schizophrenia in Childhood]. «V.M. Bekhterev i sovremennaya psikhologiya» *Materialy докладov na rossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii* [«V.M. Bekhterev and Modern Psychology» Materials reports on Russian scientific and practical conference]. Kazan, Kazan state University, September 29–30, 2005, pp. 138–144 (in Russ.)
3. Kagan V.E. *Autizm y detey* [Autism in Children]. St. Petersburg, Meditsina Publ., 1981, 206 p.
4. Kovalev V.V. *Psikhiatriya detskogo vozrasta* [Psychiatry Childhood]. Meditsina Publ., 1995, 206 p.
5. Koval'-Zaytsev A.A. *Vidy kognitivnogo dizontogeneza u detey, bol'nykh endogennymi psikhicheskimi zabozevaniyami, protekayushchimi s autisticheskimi rasstroystvami. Avtoref. kand. diss.* [Types of Cognitive Dizontogenesis in Children with Endogenous Mental Illness Occurring with Autism Spectrum Disorders. Abstract of cand. diss.]. St. Petersburg, 2010, 28 p.
6. Malinina E.V. Zabozaeva I.V., Sablina T.N., Sedinkin A.A. [Autism, Epilepsy and Epileptiform Activity]. *Zhurnal Psikhiatrii* [Journal of Psychiatry], 2013, no 04 (60), pp. 11–15 (in Russ.)
7. Simashkova N.V. (Ed.) *Rasstroystva autisticheskogo spektra u detey. Nauchno-prakticheskoe rukovodstvo* [Autism Spectrum Disorders in Children. Scientific and Practical Guide]. Moscow, Avtorskaya akademiya Publ., 2013, 264 p.
8. Sadvskaya Yu.E., Rodionova V.I., Blokhin B.M., Bitova A.L. [Autism and Sensory Integration Dysfunction in Children]. *Zhurnal Psikhicheskoe zdorov'ye* [Journal of Mental Health], 2011, no.11, pp. 35–38 (in Russ.)
9. Tiganov A. S., Bashina V. M. [Modern Approaches to the Understanding of Autism in Childhood]. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry], 2005, no. 105(8), pp. 4–13 (in Russ.)
10. ICD-10 (1995) - International Statistical Classification of Diseases and Related Health; 10th revision. World Health Organization, Geneva, 1995, Moscow, Meditsina Publ., on behalf of the Ministry of Health and Medical Industry of the Russian Federation, which the WHO entrusted this edition in Russian.
11. Schopler, E., Reichler, R.J., & Renner, B. R. *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. Los Angeles: CA: Western Psychological Services, 1988, pp. 1–6.
12. Gillberg C., Hellgren L. (Ed.) *Psikhiatriya detskogo i podrostkovogo vozrasta* [Psychiatry childhood and adolescence]. Under the general editorship of academician P. Sidorov; lane. with the Swedes. Yu.A. Makkoveevoy, 2004, Moscow, GEOTAR-MED, 544 p. (in Russ.)

Received 11 September 2014