

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Синявская Инна Александровна

Тревожно-фобические нарушения у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
Титиевский Сергей Владимирович
доктор медицинских наук, профессор

Донецк – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	14
1.1. Состояние проблемы детского аутизма на сегодня.....	14
1.2. Тревожно-фобическая патология при РАС.....	19
1.3. Психосоциальный стресс.....	25
1.4. Основные принципы комплексного подхода к лечению и абилитации больных с тревожно-фобическими нарушениями у детей с РАС	31
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	39
2.1. Материал исследования.....	39
2.2. Методы исследования.....	43
ГЛАВА 3. КЛИНИКО-ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕКТРА АУТИЗМА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА.....	51
3.1. Клинико-патопсихологическая феноменология тревоги у детей с РАС в условиях хронического психосоциального стресса.....	51
3.2. Клинико-патопсихологическая феноменология страхов у детей с РАС в условиях хронического психосоциального стресса.....	62
3.3. Клинико-патопсихологическая феноменология специфических фобий у детей с РАС в условиях хронического психосоциального стресса.....	92
ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА АУТИЗМА.....	119
ГЛАВА 5. ВЗАИМОСВЯЗИ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА.....	137

ГЛАВА 6. РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

147

ГЛАВА 7. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ДАННОЙ СИСТЕМЫ.....158

7.1. Общая оценка эффективности системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса.....158

7.2. Моделирование исхода лечения с применением системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса.....162

АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.....173

ВЫВОДЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ179

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....182

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Проблема расстройств аутистического спектра (PAC) является одной из наиболее актуальных в детской психиатрии, так как частота этой патологии значительно возросла в последние годы, что находит свое подтверждение в научных исследованиях и официальных медицинских данных (Ковалев В.В., 1995; Малинина Е.В., 2015, Fombone E., 1999; Chakrabarti S., 2001; Каган В.Е., 2003; Марценковский И.А., 2007; Касаткин В.Н., 2008; Шапошникова А.Ф., 2014; Симашкова Н.В., 2015; Есауленко И.Е., 2017; Горюнова А.В., Горюнов А.В., 2021) [18,32,39,49,52,60,65,71,90,102]. Согласно данным ВОЗ, средний уровень распространенности расстройств аутистического спектра у детей составляет приблизительно 1 на 100 (Макушкин Е.В., 2019) [41]. Недавние исследования оценивают средний уровень распространенности PAC в глобальном масштабе как 62 случая на 10000 детей (Макаров И.В., 2018), и это означает, что у одного ребенка из 160 имеется PAC [41,72]. В России, вместе с ростом числа больных, увеличивается и заболеваемость PAC: в 2018 году у детей она составила 293,1 на 100 тысяч, что в 3,4 раза выше, чем двумя годами ранее. Расстройства аутистического спектра занимают лидирующие позиции среди причин детской инвалидности (Терлецкая Р.Н., 2020; Карауш И.С., 2017) [35,90].

В некоторых литературных источниках (Касаткин В.Н., 2008; Каган В.Е., 2003; Симашкова Н.В., 2015; Фесенко Ю.А., 2019; Горюнова А.В., Горюнов А.В., 2021) [18,32,52,60,71,96,102,] отмечается, что увеличение распространенности PAC может быть объяснено методологическими различиями в проведенных исследованиях, изменениями в диагностических критериях расстройства, а также ростом осведомленности как общества, так и специалистов о проблеме аутизма.

Проблема тревожно-фобических нарушений у пациентов с расстройствами аутистического спектра является актуальной, так как эти нарушения значительно

влияют на социальную дезадаптацию таких больных. По различным данным, тревожные расстройства часто встречаются у пациентов с РАС, с распространностью от 11% до 84% (Meyer-Lindenberg A., 2011; Burchi E., 2018; McPheeters M. L., 2011; Van Steensel F.J., 2017) [110,128,165,135]. Большинство исследований показывает, что около половины детей с РАС страдают хотя бы одним тревожным расстройством. Специфическая фобия является самым часто встречающимся типом тревожного расстройства у таких детей, с распространностью от 31% до 64% (Burchi E., 2018) [110,81].

Раннее выявление и лечение тревоги при РАС могут улучшить прогноз развития других связанных с психическим функционированием проблем у данных пациентов (Малинина Е.В., 2020) [50]. Эта проблема также имеет экономические последствия, так как расходы на реабилитацию увеличиваются при РАС с тревожными расстройствами. Исследование показало, что затраты на реабилитацию у пациентов с РАС и тревогой были значительно выше, чем у пациентов с изолированными тревожными состояниями или у здоровых детей. В среднем, общие затраты на группу РАС с тревогой составили 17 380 евро в год, что оценивается в 142 миллиона евро в год общественных расходов (Van Steensel F.J., 2013) [81,164].

Степень разработанности темы

Несмотря на достаточную значимость РАС, исследований, посвященных тревожным расстройствам при аутизме, крайне мало. По-прежнему остро стоит проблема медико-психологической реабилитации детей с РАС (Малинина Е.В., 2020) [50,81].

Теоретически и практически актуальной является также разработка клинико-динамических, нозологических и других аспектов проблемы фобий детского возраста (Исаев Д.Н., 2013 [30, с. 314]; Савостьянова О.Л., 2001 [75]), учащающихся в последние десятилетия (Black B., Robbins D.R., 1990 [33]; Захаров А.И., 1998 [26]; Савостьянова О.Л., 2001 [75]) и существенно негативно влияющих на качество жизни, социальную адаптацию больных (Лакосина Н.Д.,

Панкова О.Ф., 2016; Смулевич А.Б., Тиганов А.С., Дубницкая Э.Б., 1992) [77, с. 175, 29].

Фобии, относительно часто встречающиеся у детей и подростков, описаны в рамках различных нозологических форм – при неврозах (Симон Т.П., 1958 [79]; Сухарева Г.Е., 1959 [93]; Асатиани Н.М., 1976 [3]; Ковалев В.В., 1979 [39]; Wong S.W., 1979 [167]; Соколова Т.Н., Жуков В.Ф., 1986 [91]; Лакосина Н.Д., 1998 [44]), шизофрении (Симон Т.П., 1948 [80]; Сканави Е.Е., 1962 [89]; Личко А.Е., 1989 [48]; Казанцева Э.Л., 2003 [33]). Данные о тревожно-фобических проявлениях при РАС практически отсутствуют, что препятствует совершенствованию их диагностики и лечения данных больных.

В условиях хронического психосоциального стресса, которому подвержено население Донбасса, вопросы диагностики и лечения, связанные с тревожно-фобическими расстройствами, принадлежат к числу наиболее значимых. В наибольшей степени это относится к детям, психика которых находится в стадии формирования. Больные аутизмом, при этом, переживают дистресс особого характера, что, в свою очередь, нуждается в углубленном изучении, поскольку последствия таких патогенезов исследованы недостаточно.

Всё вышеуказанное и определяет необходимость разработки оптимальных критериев диагностики и системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса (Малинина Е.В., 2020; Казанцева Э.Л., 2003) [81, 50, 33].

Связь работы с научными программами, планами, темами

Работа проводилась как фрагмент плановой научно-исследовательской работы кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России «Усовершенствование диагностики, лечения и профилактики психических расстройств в клинике внутренних болезней, акушерстве и гинекологии» (номер госрегистрации 0109U008707, шифр работы УН 10.03.02).

Тема диссертации и научный руководитель утверждены на заседании ученого совета ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. Горького (протокол № 2 от 25.02.2021 года).

Цель исследования

На основании комплексного изучения клинических и патопсихологических характеристик тревожно-фобических нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса разработать систему лечебно-реабилитационных мероприятий, оценить её эффективность, создать модель прогноза исхода лечения с применением данной системы.

Задачи исследования

1. Выявить клинические и патопсихологические особенности тревожно-фобических нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса.
2. Проанализировать особенности тревожно-фобических нарушений у детей с РАС в зависимости от вида аутизма.
3. Оценить взаимосвязи проявлений тревожно-фобических нарушений и расстройств аутистического спектра.
4. Исходя из выявленных особенностей тревожно-фобических нарушений при РАС, разработать и внедрить систему лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса.
5. Оценить эффективность разработанной системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса.
6. Разработать логистическую многофакторную математическую модель прогноза исхода лечения с применением системы лечебно-реабилитационных

мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса.

Объект исследования: расстройства аутистического спектра.

Предмет исследования: тревожно-фобические нарушения у детей с аутистическими расстройствами в условиях хронического психосоциального стресса.

Научная новизна работы

Впервые проведено сравнительное клинико-психопатологическое исследование клинической картины тревожно-фобических нарушений у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса. Впервые изучены особенности коморбидности тревожно-фобической патологии и расстройств аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса. На основании результатов клинико-психопатологических и психодиагностических методов исследований впервые разработана система лечебно-реабилитационных мероприятий, включающая комплекс психофармакологических, психотерапевтических и медико-социальных методик, направленных на улучшение результатов лечения и реабилитацию больных детей с тревожно-фобическими нарушениями при расстройствах аутистического спектра. Впервые определена эффективность разработанной системы лечебно-реабилитационных мероприятий для детей с тревожно-фобическими нарушениями при расстройствах аутистического спектра. Впервые разработана логистическая многофакторная математическая модель прогноза исхода лечения с применением системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса.

Теоретическая и практическая значимость работы

Разработанная в процессе данного исследования система лечебно-реабилитационных мероприятий для детей дошкольного возраста с тревожно-фобическими нарушениями в контексте расстройств аутистического спектра

может быть внедрена в практику медицины. Это позволит более эффективно снижать тревожно-фобическую симптоматику в рамках комплексной специализированной помощи детям с аутистическими расстройствами. Разработанная система мероприятий, учитывающая особенности тревожно-фобических нарушений при РАС, направлена на повышение качества медицинской помощи и образования, а также на более рациональное и целенаправленное использование экономических ресурсов.

Методология и методы исследования. Клинико-психопатологический, психодиагностический и математико-статистический методы исследования.

Оценка признаков, симптомов, жалоб, результатов наблюдения, выявленных стрессогенных психосоциальных факторов осуществлялась на основе использования соответствующих критериев МКБ-10.

Для систематизации и анализа данных исследования нами разработана «Унифицированная клинико-эпидемиологическая карта изучения психических расстройств у детей, страдающих расстройствами аутистического спектра».

Для оценки психического состояния и установления психиатрического диагноза использован традиционный клинико-психопатологический метод.

Для определения выраженности аутистических проявлений у детей применена оценочная шкала раннего детского аутизма (CARS) (Schopler E., Reichler R.J., DeVellis R.F., Daly K., 1980) [150].

Для оценивания уровня функционирования ребёнка по сравнению с его ровесниками использован психообразовательный профиль (дополненный) (РЕР-R) (2000) [149].

Для выявления детей с риском возникновения тревожных расстройств, предварительной оценки уровня тревоги, мониторинга изменения состояния ребенка на протяжении периода лечения применена шкала тревожности у дошкольников (Spence S.H., Rapee R., 1999), апробация которой в России проведена в 2012-2013 гг. А.Н. Вераксой, А.Е. Горовой, А.В.Кисель [153].

Для определения уровня подверженности страхам применен опросник А.И. Захарова «Подверженность ребенка страхам» [24].

Для оценки интенсивности страхов использована Children's Fear Scale (CFS; McMurry et al., 2011) [116].

Статистическая обработка полученных результатов проведена при помощи пакета программ «STATISTICA». Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p<0,05$. Для выявления связи между признаками применен корреляционный анализ. В случае, когда распределение не отличалось от нормального, рассчитывался коэффициент линейной корреляции Пирсона. Если распределение отличалось от нормального, либо в случаях исследования корреляционной связи между признаками, измеряемыми в порядковой шкале, использован показатель ранговой корреляции Спирмена. При отличии расчетного значения коэффициента корреляции от 0 на уровне значимости $p<0,05$ принималась гипотеза о наличии между изучаемыми признаками линейной корреляционной связи. Проверка нормальности распределения осуществлялась методом Шапиро-Уилки (2006).

Данные методы применены для оценки как клинико-психологических характеристик исследуемой, контрольной групп и группы сравнения, так и общей эффективности применения системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических расстройствах у детей с расстройствами аутистического спектра.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Дети дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра характеризуются, по сравнению с нормотипичными детьми, в условиях воздействия хронического психосоциального стресса наличием как меньшей тревожности, так и специфических особенностей страхов (фобий), которые определяют конфигурацию проблемного поведения у данного контингента больных.

2. Выраженность тревоги и страхов у детей дошкольного возраста с наличием расстройств аутистического спектра в условиях воздействия хронического психосоциального стресса зависит от вида аутизма.

3. Существует взаимосвязь выраженности как тревожности, так и нарушений инстинктивной сферы с величиной когнитивного дефицита.

4. Разработанная система лечебно-реабилитационных мероприятий является эффективной при тревожно-фобических нарушениях у детей дошкольного возраста с РАС в условиях хронического психосоциального стресса.

5. Разработанная модель прогноза лечения при тревожно-фобических нарушениях у детей дошкольного возраста с РАС в условиях хронического психосоциального стресса выявила наиболее значимые, факторы, влияющие на исход лечения.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов, изложенных в диссертационной работе, обусловлена достаточным объемом репрезентативного клинического и медико-статистического материала, использованием современных средств и методов исследований в соответствии с поставленными задачами, выбором адекватных методов статистического анализа полученных данных. Положения, изложенные в диссертации, базируются на полученных данных и соответствуют материалу, представленному в публикациях. По итогам проверки первичной документации (акт проверки первичной документации от 19 декабря 2024 года) установлено, что по характеру выборки, материалам и методам исследования результаты являются достоверными.

Основные положения диссертационной работы докладывались и обсуждались на следующих научных форумах: XI Международной научно-практической интернет-конференции «Состояние здоровья: медицинские, социальные и психолого-педагогические аспекты» (Донецк - Чита, 2020 г.), XVI Международной Бурденковской научной конференции (Воронеж, 2020 г.), Международной конференции «Проблемы здоровья и реабилитации лиц с ограниченными возможностями» (Чита, 2020 г.), V Международном медицинском форуме Донбасса «Наука побеждать...болезнь» (Донецк, 2021 г.),

Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Хронический стресс – вызов психическому здоровью человека» (Донецк, 2021 г.), Международной Республиканской научно-практической конференции «Клинические и онтологические аспекты психиатрии» (Донецк, 2022 г.), IV Республиканской научно-практической конференции «Репродуктивное здоровье семьи как фактор демографической безопасности Донбасса» (Донецк, 2024 г.), научно-практической конференции с международным участием «Стресс в современной психиатрии и психологии: актуальные проблемы диагностики, классификации и преодоления» (Донецк, 2024 г.), Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Психиатрия и наркология в современных условиях. Перспективы междисциплинарного взаимодействия (к 85-летию психиатрической службы и 50-летию наркологической службы Кемеровской области)» (Кемерово, 2024 г.).

Апробация работы состоялась 27.02.2025 г. на расширенном заседании кафедры психиатрии, медицинской psychology, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ, протокол № 5 от 27.02.2025г.

Личный вклад соискателя

Диссертационная работа является завершенным научным исследованием автора. Научные положения, результаты, вынесенные на защиту, получены лично диссертантом. Автор провел глубокий информационный поиск и аналитический обзор научной литературы, определил адекватные современные методы исследований. Лично автором применены клинико-психопатологический, психодиагностический методы, метод математической обработки результатов. Под руководством научного руководителя определены цель и задачи исследования, его научная новизна, практическое значение, сформулированы выводы и разработаны практические рекомендации. Научные

публикации, текст диссертации и автореферата написаны лично диссидентом. При написании диссертации не были использованы идеи и научные разработки соавторов. В работах, написанных в соавторстве, реализованы идеи соискателя.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 13 научных работ, из них 8 статей в научных изданиях, 5 из которых в изданиях, рекомендованных ВАК ДНР, 4 тезисов, опубликован фрагмент диссертации в коллективной монографии.

Внедрение в практику

Результаты исследований внедрены в деятельность кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России, КЛПУ «Республиканская клиническая психиатрическая больница» г. Донецка, Городского психоневрологического диспансера г. Донецка, ГКДОУ Детский сад №11 "Колокольчик" г. Горловка ДНР, Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи городского округа Горловка ГБОУ «Донецкий республиканский учебно-методический центр психологической службы системы образования».

Структура диссертации

Диссертационная работа изложена на русском языке на 201 странице компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, 7 разделов собственных исследований, анализа и обобщения результатов исследований, выводов, списка литературы. Работа иллюстрирована 27 таблицами на 45 страницах и 12 рисунками на 12 страницах. Список использованной литературы содержит 168 научных публикаций, из них 102 изложены кириллицей, 66 – латиницей, и занимает 21 страниц.

ГЛАВА 1

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Современное состояние проблемы детского аутизма

Расстройства аутистического спектра (PAC) занимают видное место в спектре всех психических нарушений. PAC – группа фенотипически сходных состояний, которая характеризуется расстройством функций, связанных с созреванием центральной нервной системы и проявляющихся до трехлетнего возраста. Этот общий термин включает в себя аутизм, детское дезинтегративное расстройство и синдром Аспергера [17, 109, 81]. Аутизм – сложное расстройство психического развития, возникающее вследствие нарушения развития или повреждения головного мозга, характеризующееся отсутствием способности к социальному взаимодействию, общению, стереотипностью поведения и ограниченными интересами [8, с. 700, 98, 37, с. 303, 143, 142].

О.С. Никольской и К.С. Лебединской [45, с. 53] описаны следующие клинические и психологические признаки раннего детского аутизма:

- отсутствие фиксации взгляда, безразличие к окружающим и нежелание улыбаться в ответ на обращение взрослого, симбиотическая привязанность к матери, слабые эмоциональные реакции, отсутствие адекватного контакта с детьми, отсутствие любознательности и активности в изучении окружающего мира, особое отношение к живым и неживым объектам;

- страхи;

- «феномен тождества», проявляющийся в желании ребенка избежать любых изменений в окружающей среде; это может сопровождаться нарушением инстинкта самосохранения и проявлением стереотипного поведения, как сенсорного, так и двигательного;

- специфические расстройства речи;

- специфическое интеллектуальное развитие;

- специфические нарушения, влияющие на развитие игры, а также особенности формирования жизненно важных функций и эмоциональной сферы;
- патология развития сенсорной сферы включает в себя различные нарушения чувствительности, которые могут проявляться в её снижении, повышении или искажении, также может выражаться в использовании восприятия для аутостимуляции и в наличии ранних этиологических форм восприятия;
- особенности в сфере влечений;
- специфические нарушения в развитии двигательной сферы.

L. Wing в 1992 г. выделяет триаду обязательных симптомов аутизма, состоящую из снижения способности к социальному взаимодействию, нарушения в вербальной и невербальной коммуникации, а также предпочтения повторяющихся и стереотипных форм поведения или действий [102, с. 22].

В.М. Башина в 1999 г. дает следующее обобщающее определение детского аутизма: аутизм – это расстройство, характеризующееся нарушением общения, когда ребенок уходит в свой внутренний мир и теряет отклик на внешние стимулы. Он часто проявляется в увлечении однообразной деятельностью и переходе к замкнутым моторным или мыслительным стереотипам. У таких детей наблюдается остановка психического развития, которое всегда связано с отстранением от окружающей действительности [7, с. 3].

Термин «аутизм» был введен в психиатрическую практику E. Bleuler. В его понимании этот термин описывал состояние отделенности от реальности, характеризующееся углублением в собственные внутренние переживания, что наблюдается при шизофрении [10, с. 314].

В 1943 г. Л. Каннер впервые выделил ранний детский аутизм как самостоятельную нозологическую единицу. В этом исследовании он предложил создать отдельный класс психических расстройств, охватывающий патологические состояния у детей, которые проявляются с первых лет жизни и характеризуются глубокой самоизоляцией. Л. Каннер обозначил данные расстройства как «ранний детский аутизм». Позже, в 1949 г., Г. Аспергер

независимо от Каннера описал аутистическую психопатию, которая впоследствии была признана в психиатрии под названием «синдром Аспергера» [4].

Таким образом, с момента появления понятия детский аутизм существует неопределённость в вопросах этиологии, диагностики, эффективных методов лечения и коррекции данного расстройства. И в настоящее время интерес к указанной патологии усиливается ввиду значительного возрастания распространённости аутизма за несколько последних десятилетий.

В течение всего периода изучения рассматриваемого вопроса существуют две нерешенные проблемы в исследовании расстройств аутистического спектра, которые, вероятно, оказывают влияние на неточность диагностики.

Существует путаница между понятием детского аутизма как расстройства и аутизма как симптома. Д.Н. Исаев (1967) и М. Rutter (1981) неоднократно высказывали мнение, что ранний детский аутизм не обладает специфической природой и связан с органическими повреждениями тех же структур, что и при шизофрении с ранним началом [7, с. 4]. В постприступном периоде детской шизофрении наблюдаются симптомы, сходные с ранним детским аутизмом, о чём в своих работах сообщали многие детские психиатры, включая О.П. Юрьеву (1971), В.М. Башину (1975), В.Е. Каган (1981) [102, с. 11].

На сегодня не существует четкой классификации аутизма в рамках системы психических расстройств. Аутизм иногда относят как к психозам, так и к расстройствам развития. Сам Каннер классифицировал детский аутизм как расстройство шизофренического спектра. В соответствии с МКБ-10, расстройства аутистического спектра рассматриваются в качестве первазивных (глобальных) нарушений развития [102]. В.М. Башина предполагает, что расстройства аутистического спектра могут занимать промежуточное положение между нарушениями развития и психозами, относящимися к шизофреническому спектру [7, с. 5].

Различными авторами предлагались разные классификации. Например, L. Wing предложила типологию, в которой выделяются три категории: «пассивный», «отчуждённый» и «активный, но странный» [60]. В классификации N. Naruse

выделяются три подтипа, основывающиеся на общем уровне функционирования: низкий, средний и высокий. S. Moore в своей систематике различает регрессивные и нерегрессивные формы аутизма [136].

В DSM-I (1952) симптомы аутизма определены в качестве «шизофренической реакции детского типа». В DSM-II (1968) аутистические проявления описаны как «реакция ухода в детстве». Впервые категория «аутистические расстройства» введена в DSM-III (1980). В МКБ-9 выделен «ранний детский аутизм» как отдельное расстройство в секции «Психозы, специфичные для детского возраста». В настоящее время в Международной классификации болезней 10-го пересмотра, детский аутизм входит в группу «Общие расстройства развития» и охватывает различные расстройства аутистического спектра, включая F84.0 – Детский аутизм (синдром Каннера), F84.1 – Атипичный аутизм (специфические формы умственной отсталости с аутистическими чертами и атипичный детский психоз), F84.2 – Синдром Ретта, F84.3 – Другие дезинтегративные расстройства детского возраста (характеризующиеся регрессией и потерей навыков), F84.5 – Аутистическая психопатия (синдром Аспергера) [7, с.7].

В соответствии с классификацией Научного центра психического здоровья РАМН [7, с. 8], в детском возрасте аутизм рассматривается как часть различных расстройств, включая эндогенные (эволютивные, конституциональные, шизофренические) и экзогенные, генетические и другие виды патологии. В рамках эндогенного генеза выделяются различные формы: синдром Каннера, инфантильный аутизм, детский аутизм, а также аутистические синдромы при органических и генетических заболеваниях. С принятием нового издания Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам [123] предлагается объединить все эти формы под общим термином «расстройства аутистического спектра».

Согласно данным ВОЗ, средний уровень распространенности расстройств аутистического спектра у детей составляет приблизительно 1 на 100. Недавние исследования оценивают средний уровень распространенности РАС в глобальном

масштабе как 62 случая на 10000 детей, и это означает, что у одного ребенка из 160 имеется РАС [72]. Такое расхождение в оценке распространенности аутизма может быть связано с трудностями диагностики данной патологии, различным возрастом диагностики и уровнем осведомленности населения о проблеме [81].

В последние времена отмечается рост распространенности РАС среди детей в разных странах, что отображено в научных исследованиях и официальных медицинских данных [18,32,52, 60]. В России, вместе с ростом числа больных, увеличивается и заболеваемость РАС: в 2018 году у детей она составила 293,1 на 100 тысяч, что в 3,4 раза выше, чем двумя годами ранее. Расстройства аутистического спектра занимают лидирующие позиции среди причин детской инвалидности [90].

В литературе находится подтверждение того, что рост показателей распространенности может быть связан с разницей в методологическом подходе к диагностике аутизма, а также с увеличенным интересом общества и специалистов к проблеме аутизма. В.Е. Каган (2003), R.-J. Van der Gaag (2010) считают, что границы диагностики РАС чрезмерно расширены, и в качестве объекта исследования может рассматриваться любое расстройство, проявляющее аутистическую симптоматику [18,60]. В 2012 году американские исследователи предложили ужесточить критерии диагностики аутизма, и эта позиция находит поддержку в данных Н.В. Симашковой [71], которая усматривает причину увеличения распространенности РАС в том, что аутизм могут диагностировать и при других заболеваниях.

В России в настоящее время отмечается увеличение числа атипичных форм детского аутизма. Кроме того, благодаря перераспределению диагнозов «шизофрения» и «умственная отсталость» в пользу раннего детского аутизма происходит увеличение случаев постановки данного диагноза [18].

В последние годы в России возросло внимание к проблеме детского аутизма и, в частности, были скорректированы статистические формы. Эти изменения способствовали увеличению количества случаев диагностики данного нарушения. В 2018 году зарегистрировано 88 216 детей с аутизмом в возрасте от

рождения до 17 лет, что в 3,5 раза превышает аналогичные показатели 2016 года [90].

Рост абсолютного числа больных аутизмом сопровождался увеличением показателей заболеваемости. В 2018 году заболеваемость аутизмом среди детей в возрасте от 0 до 17 лет составила 293,1 на 100 тысяч соответствующего населения, что в 3,4 раза выше уровня 2016 года ($p<0,05$). Наивысшие показатели заболеваемости наблюдались у подростков в группах 10-14 лет и 15-17 лет – 506,3 и 508,9 на 100 тысяч населения, соответственно. В структуре детской инвалидности психические расстройства и расстройства поведения стабильно занимают первое место [90].

Распространенность аутизма имеет тенденцию к росту, что, по мнению некоторых авторов, дает право считать детский аутизм «чумой двадцать первого века» [123].

Таким образом, актуальность проблемы детского аутизма продиктована ростом заболеваемости данной патологией в последнее время, а также лидирующими позициями, занимаемыми этим расстройством в структуре инвалидности в детской психиатрии, что вызывает увеличение финансовых затрат на реабилитацию детей с РАС.

1.2. Тревожно-фобическая патология при РАС

Одной из малоизученных проблем является тревожно-фобическая патология при РАС.

В целом, проблема тревожности детей в настоящее время сохраняет свою высокую актуальность. Проведенные исследования показывают, что у детей тревожно-фобическое состояние может затруднять процесс их воспитания и обучения, а также осложнять личностное развитие. Это состояние связано с негативными эмоциями и возникает при неудовлетворении потребностей

личности. Оно может привести к социальной дезадаптации и формированию тревожно-фобической личности. Люди, находящиеся в таком состоянии, могут быть "зациклены" на собственных ощущениях, испытывать неудовлетворенность и видеть окружающий мир как источник неприятностей [38].

Страх – фундаментальная эмоция человека. Его можно определить как аффективно заостренное восприятие угрозы для жизни, самочувствия и благополучия человека. При этом, понимание опасности формируется в процессе жизненного опыта [33, с. 39]. Й. Раншбург и П. Попер отмечают, что человек ощущает страх, не просто находясь в опасной ситуации, а тогда, когда не верит в успех своей попытки избежать данной ситуации, например, спастись бегством, иными словами, когда человек исходит из того, что беда, от которой он бежит, его все-таки настигнет. Таким образом, страх можно определить как эмоциональное состояние, которое проявляется перед определенным событием и как бы предвещает наступающую неудачу [69, с. 109].

А.М. Прихожан определяет тревожность как переживание эмоционального дискомфорта, связанное с ожиданием неблагополучия, с предчувствием грозящей опасности [66, с. 3]. Если, следовать логике А.И. Захарова, то тревога – это глубоко спрятанный страх диффузного характера. Тревога – неопределенное чувство беспокойства, наиболее часто проявляющееся в ожидании какого-либо события, которое трудно прогнозировать и которое может угрожать неприятными последствиями. Тревога имеет своим мотивом антиципацию (предвосхищение) неприятности и в рациональной основе содержит опасения по поводу возможности её появления. Так как страх – своего рода способ познания окружающей действительности, ведущий к более критичному и дифференцированному отношению к ней, то он может выполнять определенную социализирующую или обучающую роль в процессе формирования личности. Однако так происходит не всегда. Существуют невротические страхи, которые теряют функции приспособления к условиям окружающей действительности [24, с. 40]. Фобия – симптом, сутью которого является иррациональный неконтролируемый страх или устойчивое переживание излишней тревоги в

определённых ситуациях либо в присутствии (ожидании) некоего известного объекта [81, 94, с. 2]. Тревожные мысли и чувства могут привести к физическим проявлениям, таким как ускоренное сердцебиение, усиленное дыхание, дрожь или потливые ладони, бессонница. Тревога может быть моментальной реакцией на стрессовую ситуацию или стать хроническим состоянием, которое влияет на повседневную жизнь человека.

Дети дошкольного возраста способны проявлять тревожность и беспокойство при разлуке с родителями или близкими людьми. Это часто выражается в виде плача, капризов или упорного сопротивления. Может возникать тревога на новом месте или в новой ситуации, например, при посещении детского сада или школы. Дети бывают испуганными или нервными из-за неизвестного окружения и новых людей. Тревога нередко проявляется из-за раздражающих или страшящих ситуаций, таких как шум, толчя или громкие звуки. Дети способны испытывать страх или беспокойство перед чем-то, что им кажется угрожающим или непонятным. Тревога зачастую отмечается и в виде недоверия к окружающим, необычного поведения или отчуждения, из-за беспокойства может возникнуть избегание определенных ситуаций или людей.

А.И. Захаров утверждает, что у детей с травматическим жизненным опытом тревога к старшему дошкольному возрасту способна превратиться в постоянные черты характера. Неудовлетворенная эмоциональная связь с матерью или конфликтные отношения с ней могут значительно увеличить страхи и вызвать у ребенка повышенную тревожность [26, с. 95].

Актуальной проблемой при РАС являются тревожно-фобические расстройства, в значительной мере способствующие усилению социальной дезадаптации больных с наличием данной патологии [104,106,107]. По сведениям разных авторов, тревожные расстройства являются частой сопутствующей патологией при РАС: показатели распространенности этих нарушений варьируются от 11% до 84% [81,110,135,140,158,156]. В большинстве исследований продемонстрировано, что примерно половина детей с РАС соответствует критериям по крайней мере одного тревожного расстройства. Из

всех типов тревожных расстройств наиболее распространенной является специфическая фобия с оценками распространенности от 31% до 64%, в то время как оценки при фобиях у детей в общей популяции колеблются от 5% до 18% [81, 158, 157, 163, 155]. Раннее выявление и лечение коморбидной тревоги при РАС может способствовать более благоприятному прогнозу в отношении развития и курабельности депрессии, агрессии и самоповреждения у таких пациентов [110]. Данная проблема является актуальной еще и потому, что расходы на реабилитацию повышаются при РАС с сопутствующей тревогой. Чтобы оценить социальные затраты на поддержку детей с высокофункциональными РАС и сопутствующими тревожными расстройствами, в сравнении с затратами на реабилитацию детей с изолированными тревожными состояниями, F.J.A. Van Steensel и соавт. (2013) провели специальное исследование. Данными авторами установлено, что затраты при РАС с сопутствующей тревогой были в четыре раза выше, чем в группе тревожных расстройств, и в 27 раз выше, чем в контрольной группе (группе здоровых детей). Средние общие затраты для группы РАС с сопутствующей тревогой составили 17 380 евро в год. Общественные расходы оценивались почти в 142 миллиона евро в год [81, 164].

При РАС отмечены специфические черты фобий, определяемые чрезмерной чувствительностью больных к сенсорной стимуляции, например, такой, как громкое окружение. Специфические фобии данных пациентов обычно включают очень необычные раздражители (например, рекламные звуки, хлопки воздушных шаров, шумы пылесосов, смывания туалетов, сигналы тревоги в школе), но могут встречаться и характерные возрастные страхи (например, темноты, насекомых, игл), типичные для детей, не страдающих РАС [110, 81]. О своем исследовании необычных страхов также упоминают S.D. Mayes и соавт. (2013). По их сведениям, о данных страхах сообщили родители 421 (41%) ребенка с наличием РАС. Всего отмечено 92 необычных страха. У многих детей встречались и общие детские страхи (например, собак, жуков и темноты). Более половины детей с необычными страхами боялись механических вещей, высоты и/или погоды. Самым распространенным из таких страхов был страх перед туалетами, а самой

распространенной категорией – страх перед механическими вещами. Многие из упомянутых страхов 70 лет назад описаны Л. Каннером у детей с аутизмом, в том числе, – страх перед пылесосами, лифтами, механическими игрушками, качелями и ветром. Дети с аутизмом воспринимают мир и реагируют на него иначе, чем дети без аутизма. То, что терпимо для большинства детей (например, облака в небе, ветер), может быть ужасающим, огорчительным или приводящим в бешенство ребенка с аутизмом [81, 163]. Чувствительность к свету, звуку или высокой температуре у больных с РАС способна отвлекать их внимание или вызывать беспокойство в социальных условиях. При встрече со знакомыми или незнакомыми людьми пациенты с РАС могут ощущать отвращение к очень специфическим сенсорным стимулам, что вызывает упреждающее беспокойство. Как сенсорная чувствительность, так и отвращение могут привести к избеганию [133]. D. Spain и соавт. (2018) отмечают, что социальная тревожность больных с РАС намного превышает нормы тревожности лиц без РАС. Предполагается, что это связано с нарушением социально-коммуникационных функций, а также с ограниченными интересами и повторяющимся поведением. Социальная тревожность коррелирует с более низкими социальными навыками и социальной компетентностью: она может побуждать людей с РАС к дальнейшему отказу от социального взаимодействия, что приводит к меньшему количеству случаев соблюдения социальных норм, и, как следствие, у таких лиц уменьшается способность расширять свои социальные знания и навыки в естественных условиях [81, 151, 152, 154, 134].

Отмечается, что пациенты с РАС в сочетании с социальной тревогой могут достичь менее благоприятных результатов при терапевтических интервенциях [155]. В то же время, V. Hallett и соавт. (2013) обнаружили более низкий рейтинг общей тревожности у подростков с РАС, чем у обычно развивающихся подростков [127]. Кроме того, приводятся данные о том, что у пациентов с аутистическим расстройством тревожность снижалась по мере увеличения дефицита общения в сравнении с пациентами с тревожностью, но без РАС [159, 131]. J.J. Wood и K.D. Gadow (2010) указывают на возможность того, что тревога

при РАС играет, по крайней мере, три роли: является последствием симптомов РАС, например, из-за формирования стресса в результате социального отторжения; усугубляет тяжесть психического состояния: дефицит социальных навыков и повторяющиеся формы поведения могут усугубляться тревогой; способна выступать в качестве представителя основных симптомов РАС [168]. Некоторые авторы предполагают существование нового варианта тревоги при РАС [81, 105, 118]. A.N. Witwer и L. Lecavalier (2010) сообщают, что у пациентов с $IQ < 70$ зафиксирован более низкий уровень тревоги, чем у пациентов с $IQ \geq 70$ [166]. При этом, дети с необычными страхами и без них не различались по возрасту, уровню IQ, психологическому возрасту, тяжести аутизма, расе и профессии родителей. Из всех демографических переменных только женский пол был связан с наличием или отсутствием необычных страхов, которые встречались чаще у девочек (48,8%), чем у мальчиков (39,1%) [81, 163].

Процесс выявления тревоги и страхов у детей с нарушениями развития представляется сложной задачей, что определено наличием особенностей психического развития таких детей, включая состояние их когнитивной и эмоциональной сфер. Существующие методики определения тревожности у детей не в полной мере применимы к детям с расстройствами спектра аутизма.

У детей с РАС и интеллектуальными нарушениями оценка тревоги еще больше усложняется, т.к. их восприятие, субъективные состояния и физиологические реакции возбуждения часто не поддаются прямому измерению. По этой причине оценка тревожности у детей с РАС, особенно при наличии у них сопутствующих интеллектуальных нарушений, очень затруднительна, особенно если учесть, что эти дети не могут сообщить об основных компонентах своего эмоционального состояния [103]. Таким образом, в существующей в настоящее время литературе, относящейся к проблеме тревожных расстройств при РАС, у данных больных отмечены особые черты фобий, определяемые чрезмерной чувствительностью к сенсорной стимуляции, такой, например, как громкое окружение. Специфические страхи этих детей, как правило, связаны с необычными раздражителями (рекламными звуками, хлопками воздушных шаров,

шумами пылесосов, смывания туалетов, сигналами тревоги в школе, механическими вещами, погодой). В то же время, сравнительные данные о тревожности при наличии и отсутствии РАС противоречивы. Имеющаяся информация относится к результатам исследований больных с высоким интеллектуальным уровнем, и практически отсутствуют сведения о пациентах с низким интеллектом, низким психологическим возрастом [81].

1.3. Влияние психосоциального стресса на детей

Стресс – неспецифическая реакция организма на ситуацию, которая требует функциональной перестройки организма, соответствующей адаптации. Критические состояния вызывают дисстресс, переживаемый как горе, несчастье, приводящее к истощению сил и сопровождающееся нарушением адаптации [67, с. 18].

В настоящее время в литературе все чаще используются понятия «социальный стресс», «психосоциальный стресс». В качестве главной особенности этого вида стресса большинство авторов отмечают особый характер вызывающих его стрессоров: их источником является общество, социальная среда [20]. Психосоциальный стресс – это вид стресса, который возникает в результате взаимодействия психологических и социальных факторов. Военные действия можно считать разновидностью психосоциального стресса, т.к. боевые события индуцируют у людей стресс, вызванный социальными процессами в обществе.

Проживая в условиях военного конфликта, дети оказываются заложниками непростой ситуации. Их адаптация к обстоятельствам наиболее чувствительна, т.к. они – наиболее уязвимые члены общества. В процессе адаптации к жизненным обстоятельствам могут возникать нарушения в эмоциональной сфере в связи с тем, что она наиболее значима в дошкольном возрасте. Ухудшение эмоционального состояния детей связано с постоянным переживанием

негативных эмоций, таких как страх, грусть, гнев и другие. Важно помнить, что на появление психических расстройств у ребенка влияют не только военные обстоятельства, но и его индивидуальные психологические особенности. Психологическая травма, вызванная нарушением привычного образа жизни, становится для ребенка серьезным испытанием [6, 51, с. 9]. Согласно классификации А. М. Столяренко, военный конфликт в Донбассе можно отнести к экстремальным ситуациям, в которых человек испытывает максимальное эмоциональное напряжение, что может привести к возникновению различных патологий [40].

Любая экстремальная ситуация негативно сказывается на организме человека в целом. Стресс может негативно влиять на формирование тревожности у детей. Постоянное или чрезмерное воздействие стрессоров на ребенка способно вызвать у него переживание постоянной тревожности, беспокойства и нервозности. Стресс нередко приводит к ухудшению психического и физического состояния ребенка, а также вызывает проблемы с адаптацией в обществе, социальной коммуникацией, поведением и успехами в учебе. Кроме того, дети, переживающие стресс, могут стать более склонными к развитию различных тревожных расстройств, таких как обсессивно-компульсивное расстройство, социальная фобия или паническое расстройство.

При обсуждении воздействия военной обстановки на организм ребенка стоит отметить, что эти события, сопряженные с сильным стрессом, требуют от детей особых усилий для преодоления последствий такого воздействия. Особенно сильно на подобные ситуации реагирует эмоциональная сфера ребенка. Проведение продолжительного времени в контексте длительных военных действий вызывает у детей не только эмоциональный и травматический стресс, но и посттравматическое стрессовое состояние [51, с. 9, 40].

Пребывание в условиях военных действий способно серьезно повлиять на развитие тревоги у детей. Дети, находящиеся в таких условиях, могут испытывать постоянный страх, беспокойство, неуверенность в своей безопасности и безопасности своих близких. Это потенциально связано с развитием психических

расстройств. Из-за своих возрастных особенностей дошкольный ребенок не способен самостоятельно справляться с негативными последствиями военного конфликта. Его психика еще не сформирована полностью, что делает дошкольника уязвимым перед внешними негативными воздействиями. В целом, можно сказать, что у такого ребенка нет необходимой психологической защиты от опасного влияния военных действий [40, 55].

Ситуация военного конфликта, безусловно, представляет собой стрессовую ситуацию для детей, порождая у них устойчивый комплекс негативных эмоций. В условиях конфликта дети сталкиваются с тремя взаимосвязанными аспектами: ощущением удаленной угрозы, осознанием и эмоциональным переживанием этой угрозы, а также с физиологическими и соматическими последствиями данных переживаний [51, с. 119, 40].

Таким образом, стоит подчеркнуть, что дети испытывают эмоциональный стресс в вышеописанных условиях. "Эмоциональный стресс" – это интенсивное чувственное переживание, способное привести к негативным изменениям в организме, т.е., отрицательные эмоции могут вызывать психосоматические расстройства. Согласно современным взглядам, эмоциональный стресс определяется как способность организма адаптироваться к внешним вызовам. Особо важно отметить, что в условиях военных конфликтов именно эмоциональная реакция на события возникает первой и проявляет симптомы стресса [40].

Длительное эмоциональное напряжение может вызвать устойчивое состояние, при котором даже после улучшения ситуации стресс продолжает действовать на организм с негативными последствиями. Это нередко оказывает неблагоприятное влияние на функционирование внутренних органов и систем, приводя к возможным проблемам в сердечно-сосудистой системе, желудочно-кишечном тракте, иммунной системе и других сферах [40, 2, с. 20].

Травматический стресс представляет собой один из феноменов, которые проявляются у детей, находящихся в условиях военного конфликта. Это форма стрессовой реакции, в результате которой происходит своеобразное

взаимодействие личности с окружающей действительностью. И.Г. Малкина-Пых выделяет четыре основных характеристики психологической травмы, способных вызвать травматический стресс: 1. Событие осознается и понимается человеком. 2. Травматический стресс имеет внешние причины. 3. Эмоциональные реакции, возникшие вследствие травматического события, нарушают привычный ритм жизни. 4. Травматическое событие может привести к утрате сил и возникновению чувства беспомощности [51, с. 81, 40].

Важно подчеркнуть значимость событий, происходящих в окружении детей, для более глубокого понимания причин подобных явлений. Когда ребенок становится свидетелем разрушения домов и утраты близких людей в результате военных действий, сталкивается с угрозой своей жизни, испытывает мощные звуковые эффекты (такие как взрывы, шум военной техники и крики), а также вынужден пребывать в стесненных условиях (например, в подвалах), всё это оказывает значительное воздействие на его психологическое состояние и не проходит бесследно. Согласно литературным источникам, наиболее важными факторами, влияющими на психику детей в условиях Сирийской войны, являются жестокие проявления физического насилия, свидетелями которых становятся дети, громкие звуки от взрывов, а также стресс, вызванный уничижительным обращением в семье и школе [40, 34].

И.Г. Малкина-Пых отмечает, что нахождение в зоне военного конфликта вызывает у детей ярко выраженные симптомы посттравматического стрессового расстройства. Они сталкиваются с серьезными трудностями в адаптации к новым условиям жизни. Экстремальные ситуации, возникающие во время военных действий, приводят к травматическим стрессовым расстройствам, поскольку дети постоянно ощущают угрозу своей жизни и жизни близких – родителей, братьев, сестер, бабушек и дедушек. Этот стресс, перегружая психологические, физиологические и адаптационные ресурсы ребенка, становится травматичным и вызывает психологическую тревогу. Из-за постоянного напряжения, вызванного конфликтами, ребенок теряет представление о будущих перспективах, так как не знает, что его ожидает в ближайшее время. Это, в свою очередь, приводит к

потере интереса к ранее любимым занятиям. Психотравмирующие события могут значительно замедлить процесс личностного развития ребенка. Как уже упоминалось, дошкольный возраст является критически важным периодом для формирования личности, поэтому особое внимание следует уделять эмоциональному состоянию дошкольников, так как именно оно служит основой их личностного становления [51, с. 23, 40].

У детей, переживающих посттравматический стресс, могут наблюдаться следующие реакции: дезорганизованное поведение, игра с постоянными повторениями, отражающая особенности травмы, ночные кошмары и повторяющееся поведение [40, 55].

Согласно У. Юлу и Р.М. Уильямсу, у детей, переживших психологическую травму в результате катастрофы или несчастного случая, можно выделить несколько распространенных симптомов. К ним относятся: затруднения в отделении от родителей, нарушения сна, сложности в общении с родителями и сверстниками, снижение когнитивных функций, навязчивые мысли, а также повышенная настороженность и подозрительность, возникновение фобий, рост уровня тревожности и риск развития панических атак, а также чувство вины [103, 51].

После переживания психотравмирующей ситуации у ребенка могут проявляться различные психологические особенности и признаки. Карен Даут выделяет некоторые из них. Потеря любимой игрушки или предмета способна вызывать отрицательные эмоции, что часто проявляется в необоснованных агрессии и гневе, а также в повышенной активности и беспокойстве ребенка. Он нередко испытывает тревогу из-за страха повторения травмирующей ситуации, что, в свою очередь, усиливает страх смерти и часто вызывает ночные кошмары. Возникает также боязнь одиночества, и могут появляться регressiveные формы поведения. Ребенок потенциально подвержен психосоматическим расстройствам, становясь более чувствительным и, при этом, испытывая чувство вины за утрату. Иногда возникает ощущение, что родители его не понимают или не принимают, из-за чего он порой не желает находиться в каком-либо месте без них. К тому же,

может развиться страх перед громкими звуками, даже если внешние проявления тревожности не наблюдаются [40, 100].

Е.И. Морозова отмечает, что интенсивный страх, беспокойство, растерянность и ощущение безысходности выступают в качестве ключевых эмоциональных реакций детей, находящихся в условиях военных конфликтов. Реакция ребенка на травмирующее событие в значительной степени зависит от зрелости его нервной системы, психологического развития, уровня когнитивных способностей и индивидуальных характеристик темперамента [40, 55, с. 60].

В исследовании, проведенном В.В. Брофманом, Б.М. Мастеровым и З.С. Текоевой, был проанализирован уровень страха у детей, переживших психологическую травму в дошкольном и младшем школьном возрасте после трагических событий 2004 года в Беслане. Установлено, что психологические последствия для детей во многом зависели от изменений в их восприятии окружающего мира после экстремальной ситуации.

Исследователи пришли к следующим выводам: у детей, оказавшихся в экстремальных условиях как в острый, так и в отсроченный периоды, были отмечены признаки острого посттравматического стресса, а также трудности в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах. У некоторых детей проявлялись агрессия и нарушение нормального поведения, снижалась мотивация к обучению, наблюдались прогрессирующие соматические расстройства [103, 55].

Исследователи Ю.Г. Демьянов, О.Б. Есина, А.А. Портнова, Г.А. Фастовцев, Н.В. Тарабрина и О.В. Берман-Полякова установили, что страх является наиболее частым посттравматическим симптомом у детей после переживания психотравмирующего события [40].

Дети, чьи родители или другие близкие люди подверглись насилию либо погибли в результате военных действий, также способны испытывать глубокую тревогу и травму, что может оказаться на их психическом здоровье и развитии в долгосрочной перспективе. Эмоциональные реакции детей на экстремальные военные события в значительной степени зависят от поведения взрослых. Уровень психоэмоционального стресса у ребенка возрастает, если родители

проявляют растерянность, подавленность и чрезмерные эмоции [21]. Что понятно, так как ребёнок учится усваивать эмоции в контексте своей семьи. Родители играют ключевую роль в том, чтобы помочь ребёнку понять, какие чувства он может испытывать к себе и как реагировать на разные эмоциональные состояния. Психологические исследования показывают, что уже с момента рождения дети воспринимают эмоциональные сигналы своих родителей. В семьях, где родители активно реагируют на поведение младенца, устанавливают зрительный контакт и взаимодействуют с ним, ребёнок быстрее учится контролировать свои эмоции. Эмоциональное состояние детей, безусловно, зависит от атмосферы в доме. Познавая окружающий мир, ребёнок подражает реакциям своих родителей. Однако даже незначительный стресс у родителей может негативно сказаться на дошкольниках, вызывая у них сложные эмоциональные реакции. Паника и страх, проявляемые родителями в ответ на происходящее, становятся моделями эмоционального поведения, которые дети легко усваивают и копируют [40].

На основе обобщения и систематизации существующих научных знаний можно выдвинуть предположение, что дошкольники, проживающие в Донбассе в условиях хронического психосоциального стресса (постоянно ведущихся боевых действий), могут иметь тенденцию к проявлению негативных эмоций, среди которых преобладающими являются страх, повышенный уровень тревожности, т.к. при данных обстоятельствах в постоянном перенапряжении находятся защитные механизмы детской психики, а она достаточно уязвима ввиду периода её формирования. В то же время, отсутствуют публикации, посвященные влиянию хронического психосоциального стресса боевых действий на детей с РАС.

1.4. Лечение и абилитация при тревожно-фобических расстройствах у детей с РАС

Многие исследователи, занимающиеся аутизмом (Лебединский В.В., 1972; Вендер П.А., Лорд К., Шоплер Э., 1992; Башина В.М., 1999; Каган В.Е., 1999;

Ehlers S., Gillberg G., Wing L., 1999; Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В., Проселкова М.Е., 2000; Красноперова М.Г., 2003; Дробинская А.О., 2005; Марценковский И.А., Бикшаева Я.В., Дружинская А.В., 2007; Симашкова Н.В., 2013; Шапошникова А.Ф., 2014), отдают предпочтение комплексному полипрофессиональному подходу в лечении и абилитации аутистов. Этот подход включает как лекарственную терапию, так и различные методы психологической и педагогической коррекции. Множество исследователей выделяют факторы, влияющие на микро- и макросоциальную адаптацию детей с РАС, включая их возможность обучаться в школе. При этом, большинство авторов подчеркивает важность ранней диагностики и скорого начала лечебно-коррекционной помощи как ключевых аспектов успешной адаптации [7, 21, 32, 45, 52, 60, с. 72, 61, 129,133].

К числу прочих определяющих факторов относятся: возраст появления речи, уровень интеллектуального развития ребенка на момент обследования, комплаентность родителей и качество оказываемой помощи [95].

Значительная часть аутистов сталкивается с ограничениями в социальном взаимодействии вплоть до инвалидизации, что негативно влияет на больных и их семьи. Ранее начало психокоррекционной интервенции оказывает положительное влияние на клинический и социальный прогноз пациентов с расстройствами спектра аутизма. По данным украинского НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии, дети, которым начали терапию в возрасте 2-4 лет, в дальнейшем могли успешно учиться в школе, что подчеркивает важность ранней диагностики и лечения расстройств спектра аутизма. В случае поздней диагностики большинство детей вынуждены обучаться по индивидуальным программам или быть помещены в специальные учреждения [52].

При этом, наличие страхов занимает одно из ведущих мест в формировании специфического недоразвития познавательной сферы. Поэтому широко применяются препараты ноотропного действия при терапии расстройств аутистического спектра [102].

В литературе приводятся неоднозначные данные о результатах фармакотерапии при тревожных расстройствах в структуре аутизма. Несмотря на то, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) считают относящимися к первой линии фармакологического лечения тревожных и обсессивно-компульсивных расстройств в общей популяции, исследования их применения при РАС ограничены и противоречивы, с указанием умеренной эффективности и высокой частоты негативных эффектов. Флуоксетин у взрослых и детей с РАС показал уменьшение повторяющегося поведения. Циталопрам не отличается от плацебо в снижении повторяющегося поведения. Кроме того, на фоне лечения циталопролом у некоторых больных усиливаются гиперактивность, импульсивность и бессонница. Пациенты с РАС могут быть чувствительны к низким дозам лекарств и представлять значительные различия в ответах на лечение и побочных эффектах препаратов. Упоминается непереносимость СИОЗС у этих больных. Существует ограниченное количество доказательств в поддержку использования буспирона при тревоге в структуре аутизма [110, 81].

При лечении тревожных расстройств у больных аутизмом также применялась психотерапия. Многие авторы отмечают эффективность когнитивно-поведенческой терапии тревожно-фобических расстройств при РАС [81, 104, 111, 113-115, 117, 119-122, 126, 124, 140, 141, 159].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) – это психологический подход, который сочетает в себе когнитивные и поведенческие методы, направленные на изменение неадекватных мыслей, убеждений и поведенческих паттернов у пациента. КПТ утверждает, что наши мысли, эмоции и поведение взаимосвязаны. Негативные или искаженные мысли могут привести к эмоциональным проблемам и неадекватному поведению. Терапия обычно имеет четкие цели и, как правило, проводится в ограниченное время (например, 8-20 сессий). Сессии структурированы и сфокусированы. Пациенты активно участвуют в процессе терапии, порой выполняя домашние задания, чтобы закрепить навыки и применить новые подходы в своей жизни. Этот вид терапии помогает выявлять и оспаривать негативные автоматические мысли и когнитивные искажения, что

способствует изменению восприятия событий и более адекватному реагированию на них. Методы поведенческой терапии включают такие техники, как экспозиция (постепенное приближение к пугающим ситуациям) и обучающие тренировки навыкам (например, навыкам совладания), используемые для лечения различных психических нарушений, включая депрессию, тревожные расстройства, фобии, посттравматическое стрессовое расстройство и многие другие. КПТ хорошо зарекомендовала себя в клинической практике и имеет обширную научную базу, подтверждающую ее эффективность при множестве расстройств. Когнитивно-поведенческая терапия фокусируется на текущих проблемах и их решении, а не на глубоком анализе прошлого, что делает её практическим и доступным методом психотерапии [9, с. 14].

Morag Maskey в 2014 году описывает лечение, сочетающее когнитивно-поведенческую терапию с постепенным воздействием в среде виртуальной реальности. Девять свободно говорящих мальчиков с диагнозом РАС и отсутствующими нарушениями обучения в возрасте от 7 до 13 лет участвовали в исследовании. Каждый из них испытывал беспокойство по поводу конкретных ситуаций (например, переполненные автобусы) или стимулов (например, голуби). Индивидуальная сцена была воссоздана в виртуальной реальности. В виртуальной реальности участники обучались психологом по когнитивным и поведенческим методам (например, упражнениям на расслабление и дыхание), в то время как воздействие стимула фобии / страха постепенно увеличивалось, когда ребенок чувствовал себя готовым. Каждый ребенок получил четыре сеанса по 20-30 минут. После участия в исследовании восемь из девяти детей смогли справиться с фобической ситуацией. Четверо из участников полностью преодолели свою фобию. Эффекты лечения сохранялись в течение 12 месяцев [146].

C.M. Puleo и P.C. Kendall (2011) отмечают успешное использование семейной когнитивно-поведенческой терапии, проводимой в домашних условиях пациента, у детей с умеренными симптомами аутизма. Семейная когнитивно-поведенческая терапия у детей с умеренными симптомами аутизма в большей

степени снижала тревожность по сравнению с сеансами индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии [144].

B.N. Moree и T.E. Davis, установив, что тревожные расстройства в высокой степени сопутствуют расстройствам аутистического спектра, предлагают на основе когнитивно-поведенческой терапии лечить тревогу у таких детей [135].

A. Drahota и J.J. Wood определили, что применяемая ими когнитивно-поведенческая терапия является эффективным методом лечения детей с РАС. Терапия направлена на развитие самостоятельности и самопомощи у детей. В исследовании когнитивно-поведенческой терапии у детей с РАС с наличием тревожности оценивались навыки повседневной жизни детей и связанная с ними родительская навязчивость. В исследовании приняли участие 40 детей с РАС в возрасте от 7 лет до 11 и их опекуны. По окончании терапии родители сообщили об увеличении общих и личных навыков повседневной жизни у детей, а также о снижении вовлеченности опекунов в повседневную жизнь своих детей. Снижение коррелирует с уменьшением тяжести тревоги [125].

Dr. Elisabetta Burchi отмечает высокую эффективность когнитивно-поведенческой терапии для формирования социальных навыков при сопутствующей тревоге у детей с РАС. Она отмечает, что когнитивно-поведенческая терапия продемонстрировала высокую эффективность лечения тревожных расстройств и обсессивно-компульсивного расстройства у молодых людей с РАС, особенно у тех, у кого высока функциональность и адекватны речевые навыки. Основные компоненты лечения когнитивно-поведенческой терапией при тревоге включают психообразование по поводу тревоги (например, научиться различать полезную и бесполезную тревогу, определять физиологические компоненты тревоги) [110].

Описано исследование, когда клиницистов групповой программы когнитивно-поведенческой терапии «Faceing Your Fears» («Сталкиваясь со своими страхами») опрашивали на предмет дальнейшего использования когнитивно-поведенческой терапии у молодежи с расстройствами аутистического спектра и тревожностью. Большинство врачей сообщили, что продолжают

использовать программу «Faceing Your Fears», т.к. считают программу когнитивно-поведенческой терапии эффективной, простой в использовании, совместимой с другими методами лечения и коррекции, но также отмечают, что внесли различные адаптирующие изменения в программу «Faceing Your Fears» [126].

A.M. Chalfant и R. Rapee была проведена оценка семейной КПТ у 47 детей с сопутствующими тревожными расстройствами и высокофункциональным аутистическим расстройством. Лечение включало 12 еженедельных групповых занятий и сравнивалось с состоянием списка ожидания. Изменения между показателями до и после лечения были изучены с использованием клинических интервью, а также отчетов детей, родителей и учителей. После лечения 71,4% участников исследования перестали отвечать диагностическим критериям тревожного расстройства. Сравнение двух указанных состояний показало значительное уменьшение симптомов тревоги, измеряемых самоотчетом, отчетом родителей и учительским отчетом [112].

О.С. Никольская выделяет использование при повышенных страхах и тревоге у детей с расстройствами аутистического спектра лечебное воспитание, холдинг-терапию и развернутую игру с элементами психодрамы. Холдинг-терапия основывается на разработках американского психиатра Марты Уэлч (M. Welch). Этот способ терапии она назвала «холдингом» (от английского hold – «держать», «удерживать»). Холдинг-терапия – подход в области психотерапии и психологической помощи, который фокусируется на использовании физического контакта и эмоционального присутствия терапевта для поддержки и исцеления клиента [58]. Среди основных характеристик холдинг-терапии можно отметить: физический контакт (метод предполагает использование безопасного и поддерживающего физического контакта, который может включать обнимания, держание руки или поддержку в позе, напоминающей обнимание, что позволяет создать чувства безопасности и защищенности); эмоциональную поддержку (терапевт становится эмоционально доступным и восприимчивым к переживаниям клиента, что способствует возникновению доверительных

отношений); работу с травмами (холдинг-терапия может быть особенно полезна для работы с травматическим опытом, так как она помогает клиенту восстановить эмоциональную связь и доверие к окружающим); целостный подход (этот метод рассматривает человека в качестве целостного существа, учитывая как физические, так и эмоциональные аспекты его состояния); фокус на привязанности (холдинг-терапия исследует и укрепляет связи между людьми, особенно в контексте привязанности и доверия); безопасное пространство, где клиент имеет возможность выразить свои эмоции и переживания без страха осуждения. Холдинг-терапия может быть использована в различных контекстах, включая индивидуальные сессии, групповые виды терапии и работу с семьями, однако важно, чтобы она проводилась квалифицированным специалистом, способным обеспечить безопасность и комфорт клиента [23].

О.С. Никольская рекомендует использовать развернутую игру с использованием психодрамы для коррекции страхов у детей с аутизмом [58]. Это метод, который применяется в терапевтических и образовательных целях и подразумевает активное участие участников в ролевых играх, позволяя им исследовать свои чувства, мысли и взаимодействия. Психотерапевт оказывает помочь участникам в выражении своих эмоций и переживаний, способствует углубленному пониманию себя и других через взаимодействие и роль. Пациент взаимодействует с другими участниками для изучения межличностных динамик. Участники берут на себя разные роли, что может включать как стандартные роли (например, родители, друзья), так и символические (страхи, эмоции). Участникам предлагается импровизировать и адаптировать свои действия в процессе игры. Участники могут развивать свои социальные навыки, учиться работать в команде, улучшать способности к эмпатии и пониманию точек зрения других. Важно создание безопасной и доверительной атмосферы, где участники смогут открыто выражать себя без страха негативной оценки [28].

Таким образом, можно сделать вывод о недостаточной разработке системы психофармакологического лечения при тревожно-фобической патологии у детей с расстройствами спектра аутизма. Из немедикаментозных

методов описана лишь психотерапия, преимущественно когнитивно-поведенческая, причем, результаты её применения оцениваются как достаточно высокие. Однако применение психотерапии осуществлялось у детей с высоким функционированием. Кроме того, психотерапевтических методов, применимых при сопутствующих РАС тревожно-фобических расстройствах, недостаточно. Это представляется весьма проблематичным, учитывая значительное количество нуждающихся в оказании комплексной медицинской помощи больных РАС с низким интеллектом, низким психологическим возрастом развития [81]. Кроме того, существующие результаты исследований, как следует из вышеуказанного, не относятся к лечению и абилитации при тревожно-фобических нарушениях у детей с РАС в условиях хронического психосоциального стресса.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Комплексное изучение феномена тревожно-фобических нарушений у детей с расстройствами спектра аутизма в условиях хронического психосоциального стресса обусловлено значительным увеличением распространенности расстройств спектра аутизма в последние годы, проблемным поведением больных, возрастанием стоимости затрат на реабилитацию при коморбидной тревожно-фобической патологии, и поэтому данное научное направление является одним из приоритетных в современной детской психиатрии.

Цель настоящего исследования: на основании комплексного изучения клинических и патопсихологических характеристик тревожно-фобических нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса разработать систему лечебно-реабилитационных мероприятий, оценить её эффективность, создать модель прогноза исхода лечения с применением данной системы.

2.1. Материал исследования

Основная часть исследования, посвященная изучению тревожно-фобической патологии у детей с расстройствами спектра аутизма в условиях хронического психосоциального стресса, разработке, теоретико-методологическому и клинико-психологическому обоснованию программы лечения и реабилитации детей с тревожно-фобической патологией при расстройствах спектра аутизма, была выполнена на базе ГКДОУ Детский сад №11 "Колокольчик" г. Горловка ДНР в течение 2017-2022 гг. Организация работы в детском саду позволяла автору настоящего исследования в полном объеме реализовать задачи исследования, в частности, осуществлять

диагностику, лечебно-реабилитационные мероприятия, индивидуальные и групповые психотерапевтические и психокоррекционные занятия.

Обучение в ГКДОУ Детский сад №11 "Колокольчик" г. Горловка ДНР предполагает его групповые и индивидуальные формы, с последующей интеграцией ребенка в группу. Группы состоят из 6-9 человек. Вся учебно-воспитательная интервенция, проводимая дефектологами и воспитателями, имеет коррекционную направленность. Применяется индивидуальный подход к каждому ребенку. В штате работают дефектологи, психолог, логопед, врач-психиатр, участвуя в комплексной программе оказания помощи детям с расстройствами аутистического спектра.

Критерии включения больных в исследуемую группу (100 человек):

- наличие информированного согласия родителя или законного представителя исследуемого ребенка;
- наличие расстройств аутистического спектра;
- возраст от 3 до 8 лет;
- проживание в условиях хронического психосоциального стресса (боевых действий в Донбассе).

Критерии диагностики типа аутистического расстройства соответствовали МКБ-10.

Критерии исключения для исследуемой группы:

- отказ от участия в исследовании;
- иной, нежели детский аутизм, диагноз, установленный в соответствии с МКБ-10 [42];
- наличие выраженной сомато-неврологической патологии;
- возраст старше 8 лет.

Дети с аутистическими расстройствами, относящимися к рубрике МКБ-10 «Детский аутизм» (F84.0) – 40 (40,0%) пациентов с синдромом Каннера. Количество больных с атипичным аутизмом (F84.1) было небольшим (36 наблюдений (36,0%)). Синдром Аспергера (F84.5) представляли 22 наблюдения (22,0%) – пациенты с нарушениями в социальной коммуникации и

эмоциональном развитии, а также с выраженным стереотипными интересами в определенных областях знаний, при достаточно сохранном интеллектуальном развитии. Синдромом Ретта (F84.2) был диагностирован у 2 (2,0%) больных – девочек с началом заболевания до 2-х лет, отсутствием речи и потерей тонких манипулятивных движений. В общем, исследуемая группа детей с аутизмом характеризовалась более выраженным когнитивным дефицитом.

Критерии включения в контрольную группу (30 человек):

- здоровые дети, проживающие в условиях хронического психосоциального стресса;
- возраст от 3 до 8 лет;
- наличие информированного согласия родителя или законного представителя исследуемого ребенка.

Критерии исключения для контрольной группы:

- отказ от участия в исследовании;
- наличие выраженной сомато-неврологической патологии, психических и поведенческих расстройств согласно диагностическим критериям Главы V МКБ-10 [37];
- возраст старше 8 лет.

Критерии включения в группу сопоставления (30 человек):

- наличие информированного согласия родителя или законного представителя исследуемого ребенка;
- наличие тревожно-фобических расстройств согласно диагностическим критериям Главы V МКБ-10 [37];
- проживание в условиях хронического психосоциального стресса;
- возраст от 3 до 8 лет.

Критерии исключения для группы сравнения:

- отказ от участия в исследовании;
- наличие выраженной сомато-неврологической патологии, иных, нежели тревожно-фобические, расстройств согласно диагностическим критериям Главы V МКБ-10 [37];

- возраст старше 8 лет.

Таблица 2.1.1. - Возрастная характеристика исследуемых групп по Спенсеру (М(95%ДИ))

Показатель	Исследуемая группа (группа 1) (n=100)	Контрольная группа (группа 2) (n=30)	Группа сравнения (группа 3) (n=30)	Уровень значимости статистических различий, р
Средний возраст пациентов по Спенсеру (лет)	5,3 (95%ДИ:5,1-5,5)	4,9 (95%ДИ:4,5-5,3)	4,8 (95%ДИ:4,6-5,2)	p ₁ =0,062 p ₂ =0,096 p ₃ =0,817

Примечание: статистические различия вычислялись с применением W-критерия Вилкоксона; p₁ – уровень значимости статистических различий между группой 1 и группой 2; p₂ – уровень значимости статистических различий между группой 1 и группой 3; p₃ – уровень значимости статистических различий между группой 2 и группой 3.

Для сравнения групп вычислялись медианное значение возраста с применением W-критерия Вилкоксона. Из данных, указанных в таблице 2.1.1, можно сделать вывод, что доверительные интервалы срединного значения возраста каждой из исследуемых групп пересекаются. Статистически значимых различий не обнаружено. Соответственно, группы сопоставимы.

Таблица 2.1.2. - Распределение детей в группах по полу

Группа	Мальчики	Девочки
Исследуемая группа детей с аутизмом	84 (84,0%)	16 (16,0%)
Группа здоровых детей	13 (43,3%)	17 (56,7%)
Группа детей с тревожно-фобическими проявлениями	14 (46,7%)	16 (53,3%)

Выборка исследуемой группы детей с расстройствами спектра аутизма имела характерные особенности: обращало на себя внимание значительное преобладание лиц мужского пола – 84 человека (84,0% всех наблюдений)

(Таблица 2.1.2), что объяснимо более частой встречаемостью детского аутизма у мальчиков [72, с. 8].

2.2. Методы исследования

Работа проводилась в несколько этапов и подразделялась на три исследовательских модуля: 1-й этап – теоретико-методологическое обоснование значимости исследования тревожно-фобических нарушений у детей с аутизмом (теоретический модуль); 2-й этап – всесторонняя психодиагностическая оценка тревожно-фобической патологии у данной группы детей (психодиагностический модуль); 3-й этап – научное обоснование, разработка, внедрение и оценка эффективности программы. Этот этап осуществлялся через шесть месяцев после второго и был сосредоточен на оценке динамики состояния обследуемых в основной и контрольной группах.

Результаты указанной оценки также заносились в «Унифицированную клинико-эпидемиологическую карту» и обрабатывались статистически при помощи пакета прикладных программ «STATISTICA 10.0» и «MedCalc 11.6», что позволило дать обобщенную оценку предложенной нами системы коррекции тревожно-фобической патологии у детей с расстройствами спектра аутизма в условиях хронического психосоциального стресса.

В исследовании использовались методы: клинико-психопатологический, психодиагностический и математико-статистический.

Психодиагностический метод применялся для оценки психического состояния человека, выявления симптомов и расстройств, а также для понимания его эмоционального и психологического функционирования. Этот метод использовался для получения объективной информации о психологическом здоровье пациента.

Клинико-психопатологический метод основывался на общепринятых подходах к психиатрическому обследованию больных и включал традиционный опрос, анализ психического состояния пациента, а также изучение динамики психопатологических проявлений в процессе наблюдения.

Оценка признаков, симптомов, жалоб, результатов наблюдения, выявленных стрессогенных психосоциальных факторов осуществлялась на основе использования соответствующих критериев МКБ-10.

Для систематизации и анализа данных исследования нами разработана и опробована на 45 детях с расстройствами аутистического спектра и 15 здоровых детях в возрасте от 3 до 6 лет «Унифицированная клинико-эпидемиологическая карта изучения психических расстройств у детей, страдающих расстройствами аутистического спектра».

Для обеспечения объективности результатов и сравнения показателей в ходе долгосрочного наблюдения и последующей статистической обработки данных был использован метод статистического анализа. Мы создали компьютерную базу данных, включающую информацию о 160 исследуемых, а также результаты обследований различными методиками на разных этапах исследования. Для математической обработки данных применяли стандартные пакеты общепринятого программного обеспечения Microsoft Office Excel (2010) в среде операционной системы Windows 7, стандартные пакеты для статистического анализа данных «STATISTICA 10.0» (StatSoft, Inc., США), «IBM SPSS Statistics 21» (IBM Corporacion and other(s), 1989, 2012, США), доступные для свободного пользования в среде операционной системы Windows 7 [86].

Проектирование, построение и анализ полученных математических моделей осуществляли с применением пакетов для статистического анализа данных «STATISTICA 10.0» и «MedCalc 11.6».

Рациональные методы обработки данных включали в себя все алгоритмы однофакторного и многомерного статистического анализа, параметрических и непараметрических методов сравнения статистических совокупностей. В

процессе анализа использовали методы построения математических моделей многофакторной логистической регрессии с алгоритмами «включения/исключения».

При статистической обработке данных были использованы базовые методы математической статистики: описательная статистика (величины в виде выборочного среднего значения, стандартной ошибки средней величины ($M \pm m$), 95% доверительного интервала, критерии парных и множественных сравнений).

На первом этапе анализа данных обязательно проверяли принадлежность распределения к нормальному закону распределения случайных величин с помощью применения критерия Шапиро-Уилка (Shapiro-Wilk's) (при выборке $n < 30$) или Хи-квадрат (Chi-square test) (при выборке $n > 30$). Значимость статистических различий средних величин выборок оценивали с помощью параметрических (Т-критерий Стьюдента, F-критерий Фишера) и непараметрических (W-критерий Wilcoxon, Chi-square test, критерий Mann-Whitney при асимметрии распределения) критериев [86].

Для анализа таблиц сопряженности и сравнения долей использовали критерий Хи-квадрат Пирсона или угловое преобразование Фишера (с учетом поправки Йейтса).

Расчет и сравнение показателей абсолютного риска проводились с применением углового преобразования Фишера (с учетом поправки Йейтса), критериев хи-квадрат и процедуры Мараскуило. Множественные сравнения проводили с применением метода множественных сравнений Шеффе, однофакторного дисперсионного анализа Крускала-Уоллиса и метода множественных сравнений Данна. Для расчета доверительных интервалов при оценке абсолютного риска использовался метод интервальной оценки Newcombe-Wilson, а для расчета интервальной оценки отношения долей при альтернативном распределении признака – метод логарифмического преобразования. Для оценки связи между факторами и расчетными величинами были применены методы корреляционного анализа (расчет коэффициентов

корреляции Пирсона, Спирмена, Кендалла, гамма-корреляция), и выполнялся многофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). При всех процедурах статистического анализа учитывался уровень статистической значимости (*p*), при этом критическим уровнем значимости считали значение 0,05 [86].

Для определения выраженности аутистических проявлений у детей использована оценочная шкала раннего детского аутизма (CARS) (Schopler E., Reichler R.J., DeVellis R.F., Daly K., 1980). Шкала CARS (Childhood Autism Rating Scale) является широко применяемым инструментом для определения степени выраженности аутистических симптомов у детей в возрасте от 3 до 15 лет в США. Она нацелена на диагностику расстройств аутистического спектра и позволяет специалистам систематизировать и количественно оценить различные аспекты поведения ребенка. Оценка проводится как путем прямого наблюдения за ребенком, так и на основе информации о его поведении, предоставленной родителями, психологами, воспитателями [150]. В шкалу включено 15 критериев, описывающих все важные аспекты поведения ребенка, включая его «взаимоотношения с людьми», «имитацию», «эмоциональные реакции», «владение телом», «использование объектов», «адаптацию к изменениям», «визуальную реакцию», «слуховые реакции», «вкус, запахи, реакцию на прикосновение и осязание», «боязнь и нервозность», «вербальную коммуникацию», «невербальную коммуникацию», «уровень активности», «уровень и степень интеллектуального отклика», «общее впечатление». Оценка поведения ребенка осуществляется для каждой категории шкалы, исходя из того, какое описание соответствует ребенку наилучшим образом, от 1 до 4 баллов. Если поведение ребенка занимает промежуточное положение между двумя описаниями, выбирается "промежуточный" вариант: 1,5 или 2,5 балла и т.д. Во время оценки поведение ребенка сравнивается с нормативными показателями для его возраста, и выявляются любые отклонения от нормы. Тестирование может проводиться с учетом всех доступных данных о психическом состоянии пациента в настоящее время. Помимо прямой оценки поведения на приеме, информация от психологов, родителей и учителей также может быть использована для более

полного представления о состоянии ребенка. Оценка учитывает частоту и интенсивность выявленных аномальных проявлений. Шкала CARS относится к скрининговым методам и не является основанием для постановки диагноза. Интерпретация полученных результатов проводится по суммарной оценке присвоенных баллов: меньше 30 баллов – нет аутизма; от 30 до 35 баллов – аутизм легкой или средней степени (имеется в виду высокофункциональный аутизм или синдром Аспергера); 36 и более баллов – тяжелый аутизм.

Для оценивания уровня функционирования ребёнка по сравнению с его ровесниками использован психообразовательный профиль (дополненный) (PEP-R) (2000) [149]. Тестовые задания в нём представлены простыми и конкретными инструкциями, большинство ответов являются невербальными. Эта методика предназначена для оценки развития детей с аутизмом. Она включает как количественное, так и качественное оценивание психической деятельности ребенка с аутизмом или умственной отсталостью. PEP-R используется для динамической оценки формирования психических функций, выявления когнитивных нарушений и уровня патологических сенсорных признаков.

Психообразовательный профиль представлен двумя шкалами: «Шкалой развития» (подражание, восприятие, общая моторика и мелкая моторика, познавательные функции, коммуникативные функции) и «Шкалой поведения» (эмоциональные реакции, игра и заинтересованность предметами, реакция на стимулы, язык). Он гибок и не требует строгой последовательности выполнения заданий при диагностике, что особенно важно для детей с аутизмом. Диагностические показатели фиксируются во время выполнения заданий и при особом поведении ребенка. Одним из основных преимуществ этой методики является возможность создания наглядного профиля, который отражает то, какому биологическому возрасту соответствует уровень сформированности каждой психической функции ребенка, а также, какие психические функции находятся на стадии формирования в соответствии с теорией зоны ближайшего развития Л.С. Выготского. Методика включает игрушки и учебные материалы для проведения структурированных игровых действий.

Для выявления детей с риском возникновения тревожных расстройств, предварительной оценки уровня тревоги, мониторинга изменения состояния ребенка на протяжении периода лечения использована шкала тревожности у дошкольников (Spence S.H., Rapee R., 1999), апробация которой в России проводилась в 2012-2013 гг. А.Н. Вераксой, А.Е. Горовой, А.В. Кисель. В 1999 году Susan H. Spence и Ron Rapee разработали шкалу для оценки тревожности у дошкольников Preschool Anxiety Scale (PAS), адаптировав оригинальную шкалу SCAS (Spence Children's Anxiety Scale), диагностирующую детскую тревожность [153].

В основе данной разработки лежала оценка родителями большой выборки дошкольников в возрасте от 2,5 до 6,5 лет частоты, с которой их дети испытывали широкий спектр проявлений тревоги [82]. Были выявлены пять коррелирующих факторов, отражающих области социальной фобии, тревоги разлуки, генерализированной тревоги, обсессивно-компульсивного расстройства и страха получения физической травмы, в целом соответствующих диагностическим категориям DSM-IV. Между данными факторами обнаружен высокий уровень ковариации, что представлялось возможным объяснить единой, более высокого порядка моделью, в которой факторы подтипов тревоги первого порядка нагружают фактор тревоги в целом [83].

PAS разрабатывалась для помощи в клинической оценке и не является диагностическим инструментом, если применять ее самостоятельно. Используя эту шкалу, можно предположить наличие у ребенка повышенного уровня тревожности, и её следует применять только вместе с клинико-психопатологическим методом. Данная шкала также может быть использована для оценки динамики состояния в ответ на психолого-терапевтическую интервенцию. PAS состоит из 28 вопросов. Родитель должен заполнить шкалу, следуя инструкциям на распечатанной форме, его просят оценить по пятибалльной шкале от 0 («нет, никогда не бывает») до 4 («да, почти всегда»), насколько каждое утверждение соответствует его ребенку [82]. Нет определенного временного периода, в течение которого нужно делать оценку.

Ответ осуществляется путем индикации соответствующего слова. PAS может также использоваться для выявления маленьких детей, у которых есть повышенные симптомы тревожности, и которым рекомендуется дальнейшая оценка, чтобы определить необходимость вмешательства. При оценке тревожности авторами PAS выделяются отдельно общий балл тревожности и оценки по субшкалам генерализированной тревоги, социальной тревожности, обсессивно-компульсивного расстройства, страха перед телесными повреждениями и сепарационной тревоги [161].

Для определения уровня подверженности страхам использован опросник А.И. Захарова «Подверженность ребенка страхам» [24, с. 115-116]. Опросник является психологическим инструментом, предназначенным для изучения степени подверженности детей страхам. Вопросы опросника связаны с различными видами страхов у детей, такими как страх перед темнотой, одиночеством, животными, экзаменами и другими типами страхов.

Опросник предназначен для оценки уровня страхов у ребенка и выявления причин их появления. С его помощью возможно определить эффективные методы преодоления страхов, а также помочь ребенку развить навыки самостоятельно справляться с ними. Опросник включает 29 вопросов. Если количество страхов у ребенка превышает возрастную норму в 1,5 раза, это может указывать на перенапряжение в психическом состоянии ребенка, и в таких случаях требуется применение специальных психологических мер для нормализации его эмоциональных переживаний.

Для оценки интенсивности страхов использована Children's Fear Scale (CFS; McMurtry et al., 2011) [116]. Она применяется для оценки различных аспектов страха у детей, включая физический страх, социальный страх, страх перед ситуациями разлуки, страх перед неизвестностью и т.д. Ребенку предлагаются инструкции: «Эти лица показывают разные уровни страха. Это лицо (указать на самое левое лицо) совсем не испугано, это лицо немного более испугано (указать на второе лицо слева), чуть более испугано (пройти пальцем по шкале) и вплоть до самого испуганного лица (указать на последнее лицо справа).»

Инструкции для родителей: «Эти лица показывают разные уровни тревоги». "Это лицо (указывая на самое левое лицо) совсем не показывает тревоги, это лицо показывает немного больше (указывая на второе лицо слева), чуть больше (проводя пальцем по шкале), вплоть до крайней тревоги (указывая на последнее лицо справа). Посмотрите на эти лица и выберите то, которое показывает, сколько тревоги испытывал ваш ребенок в то время (когда ощущал укол)". Оцените выбранное лицо по шкале от 0 до 4.

Вышеуказанные методы применены для оценки как клинико-психологических характеристик тревожно-фобических проявлений, так и эффективности применения системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических расстройствах у детей с расстройствами аутистического спектра, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса.

ГЛАВА 3

КЛИНИКО-ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕКТРА АУТИЗМА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

3.1. Клинико-патопсихологическая феноменология тревоги у детей с РАС в условиях хронического психосоциального стресса

Общий бал тревожности шкалы PAS оценивает наличие тревожности в целом. Основным признаком тревожных расстройств является избегание. В большинстве случаев это проявляется как чрезмерное избегание определенных ситуаций, мест или раздражителей, но иногда избегание может быть менее очевидным, таким как неопределенность, неуверенность, замкнутость или ритуальные действия. Эти формы поведения типичны для всех тревожных расстройств, но их отличие заключается в том, что вызвало такое избегание. Нередко избегание проявляется боязнью, застенчивостью. У маленьких детей часто наблюдаются трудности с вербализацией собственных эмоций. Тревожность связана с ожиданием угрозы. Поэтому важно понять, что вызывает избегание у тревожного ребенка. Например, два ребенка могут не хотеть идти в детский сад по разным причинам. Первый ребенок, возможно, просто предпочитает проводить время с друзьями, а второй – боится, что над ним станут подшучивать другие дети. Во всех случаях тревоги будет присутствовать чувство угрозы, вариантами проявления которой являются беспокойство, навязчивые мысли, избегание или негативные мысли. Тревожные дети могут жаловаться на головные боли, боли в животе, тошноту, рвоту, диарею и мышечное напряжение. Также у таких детей возможны проблемы со сном, особенно у тех, кто очень беспокоен [161].

Среднее значение общего балла тревожности в исследуемой группе (группе 1) составило 24,08 ($SD=11,62$), а в контрольной группе (группе 2) – 34,9 ($SD=14,47$) (в ней уровень тревожности оказался достоверно ($p<0,001$) выше). Визуально данные представлены в таблице 3.1.1. Общий бал тревожности у детей группы сравнения (группы 3) составил 57,0 ($SD=14,48$), что достоверно выше, чем у группы 1 ($p<0,001$) и группы 2 ($p<0,001$). Таким образом, определён факт наличия большей тревожности у здоровых детей, в сравнении с больными аутизмом, в условиях переживаемого хронического психосоциального стресса, связанного с военными действиями в Донбассе, а дети с тревожно-фобическими проявлениями демонстрируют достоверно более высокие показатели общей тревожности по сравнению как со здоровыми детьми, так и с детьми исследуемой группы с РАС [112]. В литературе описано, что примерно 50-75% людей, попавших в экстремальную ситуацию, испытывают замешательство, проявляя при этом спокойствие и невысокую активность. Активные реакции в виде сильного возбуждения или, наоборот, заторможенности наблюдаются у 12-25% людей. Еще 12-25 % проявляют спокойствие и способность быстро адаптироваться к обстановке [40, 87]. Можно предположить, что дошкольники, копируя эмоциональную реакцию, паттерны поведения взрослых людей, также будут демонстрировать спокойствие, испытывая сильное эмоциональное напряжение.

Таблица 3.1.1.- Показатели шкалы Preschool Anxiety Scale (PAS) (баллы)

№ п/п	Показатели	Группа 1		Группа 2		Группа 3		Достоверность статистических различий
		M	SD	M	SD	M	SD	Достоверность статистических различий
1.	Общий балл	24,08	11,63	34,90	14,476	57,00	6,34	$P^1<0,001***$ $P^2<0,001***$ $P^3<0,001***$
2.	Генерализированная тревога	5,73	3,57	5,67	2,51	6,17	1,78	$P^1=0,928$ $P^2=0,377$ $P^3=0,520$
3.	Социальная	4,74	3,60	7,73	3,58	9,13	1,59	$P^1<0,001***$ $P^2=0,055$

	тревожность							$P^3 < 0,001***$
4.	Обсессивно-компульсивное расстройство	2,38	3,26	2,43	2,11	2,73	1,77	$P^1=0,933$ $P^2=0,554$ $P^3=0,571$
5.	Страх перед телесными повреждениями	3,44	2,71	11,03	5,24	22,66	1,88	$P^1 < 0,001***$ $P^2 < 0,001***$ $P^3 < 0,001***$
6.	Сепарационная тревога	8,11	5,30	7,80	5,57	14,73	1,08	$P^1=0,782$ $P^2 < 0,001***$ $P^3 < 0,001***$

p^1 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;
 p^2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;
 p^3 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения.

Шкала PAS оценивает генерализированную тревогу, основными признаками которой является ожидание плохого события. Связанными с генерализованной тревогой могут быть тотальное, повторяющееся беспокойство в разных аспектах жизни, таких как семейный достаток, друзья, успеваемость, спортивные успехи, здоровье (как своё, так и близких), жизненные неурядицы, стремление добиваться от окружающих уменьшения собственных страхов, избегание новизны, плохих новостей, плохой сон и раздражительность при тревоге [23]. Из полученных результатов видно, что генерализированная тревога в первой группе составила 5,73 ($SD=3,57$), во второй и третьей группах – 5,67 ($SD=2,51$) и 6,17 ($SD=2,51$), соответственно. Достоверных различий в группах обнаружено не было. Таким образом, можно отметить, что генерализированная тревога у детей с РАС находится примерно на таком же уровне, как и у здоровых детей и детей с тревожно-фобическими расстройствами при воздействии хронического психосоциального стресса. Повышение общего балла тревожности у здоровых детей и группы детей с тревожно-фобическими проявлениями в условиях хронического психосоциального стресса не происходит за счет увеличения генерализированной тревожности [82].

К основным признакам социальной тревоги Ronald M. Rapee относит страх и избегание социального взаимодействия или социально ориентированных проектов из-за убеждения, что другие люди оценят ребенка негативно. О наличии социальной тревоги может свидетельствовать избегание различных ситуаций, таких как выступление на публике, взаимодействие с авторитетными лицами, например, учителями, тревога по поводу отрицательной оценки окружающими, важность оценки окружающими и нивелирование важности собственной личности [110]. Среднее значение социальной тревожности у исследуемой группы было 4,74 ($SD=3,60$), что достоверно ($p<0,001$) ниже, чем у группы здоровых детей, где показатель социальной тревожности соответствовал значению 7,73 ($SD=3,58$). В группе 3 среднее значение социальной тревожности составило 9,13 ($SD=1,59$). Значение социальной тревожности у детей с РАС достоверно ($p<0,001$) ниже, чем у детей с тревожно-фобическими проявлениями. Сравнение социальной тревожности у группы 2 и группы 3 не продемонстрировало достоверных различий [82]. Дети исследуемой группы не боятся опоздать в детский сад, не боятся получить негативную оценку окружающих. Для них не существует правил, авторитетов, идеальных образов, которым они хотели бы подражать, хотели бы соответствовать.

Разработчики шкалы PAS отмечают, что дети с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР) испытывают периодические навязчивые мысли, образы и побуждения, часто сопровождающиеся стереотипными действиями или ритуалами, чтобы снизить тревогу. Последние нередко связаны с ощущением угрозы. Иногда такое чувство может отсутствовать и замещаться отвращением. Ритуалы чаще направлены на предотвращение возможной опасности. Маленькие дети часто испытывают затруднение в вербализации своих убеждений и мотиваций. Распространенными ритуалами у детей с ОКР являются мытьё рук из-за страха заражения, упорядочивание и постоянные проверки с целью недопущения катастрофы при несоблюдении определенных действий [82].

Субшкала по определению обсессивно-компульсивных расстройств показала следующие результаты: среднее значение для группы 1 составило 2,38

(SD=3,26), для группы 2 – 2,43 (SD=2,11), для группы 3 – 2,73 (SD=1,77). Из полученных сведений видно, что при исследовании наличия данных о развитии ОКР в целом в изучаемых выборках не выявлено достоверных различий.

Страх телесных повреждений, по определению шкалы PAS, является одним из симптомов детской тревожности, проявляющимся посредством боязни получения физических повреждений или травмы. Дети с этим видом тревожности могут испытывать страх ситуаций, которые чреваты травмами или повреждениями их тела, такими как попадание в аварию, получение ушибов или переломов [161]. Среднее значение показателя субшкалы страха телесных повреждений в исследуемой группе составило 3,44 (SD=2,72). В группе 2 данное значение было 11,03 (SD=5,24), а в группе 3 – 22,67 (SD=1,88). Страх телесных повреждений в группе детей с расстройствами спектра аутизма оказался достоверно ($p<0,001$) меньше, чем у здоровых детей и достоверно ($p<0,001$) меньше, чем у детей с тревожно-фобическими расстройствами. Дети с расстройствами спектра аутизма воспринимают полученный ранее опыт при встрече с опасными явлениями, не фиксируя его [82]. Прошлый жизненный опыт не трансформируется в приспособительную защитную реакцию страха, которая защищает организм от опасных ситуаций. При попадании в дальнейшем в подобную опасную ситуацию у детей с РАС отсутствует «чувство края». Такой ребенок способен выбегать на проезжую часть дороги, хотя ранее сталкивался с ситуацией, в которой он мог попасть под колеса автомобиля. Или же он не опасается высоты, находясь на детской горке, хотя ранее падал с нее. Также у группы 3 страх телесных повреждений достоверно ($p<0,001$) выше, чем у группы 2. Таким образом, можно констатировать, что в группе детей с тревожно-фобическими проявлениями, находящихся в условиях хронического психосоциального стресса, связанного с военными действиями в Донбассе, достоверно выше страх телесных повреждений в сравнении с группой здоровых детей. Это объяснимо тем, что наиболее частым триггером появления жалоб на тревожно-фобические состояния у таких детей являлось попадание в условия, угрожающие их жизни (пребывание под обстрелами или наблюдение разрывов

снарядов вблизи места их нахождения), что можно классифицировать как аналог посттравматического стрессового расстройства.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра присутствует определение вызванного разлукой тревожного расстройства у детей или, по-другому, сепарационной тревоги у детей. К основным признакам сепарационной тревоги относят страх или беспокойство по поводу того, что произойдет нечто плохое с ребенком или человеком, к которому он привязан (чаще всего с кем-либо из родителей), при разлуке с ним. В результате такого убеждения ребенок избегает разлуки с субъектом привязанности. К ассоциированным признакам относят: сны или кошмары о разлуке; отказ столкнуться лицом к лицу с ситуациями, требующими разлуки, включая ночь в вне дома, посещение школы, визиты к друзьям или родственникам, необходимость оставаться дома самому или с воспитателем; беспокойство по поводу последствий разлуки, включая страхи ребенка о том, что его могут похитить или травмировать, либо особы, к которой привязан ребенок, может быть травмирована или убита в период разлуки; из физических проявлений во время переживания расставания могут наблюдаться рвота, диарея и боли в животе [46,82].

Среднее значение сепарационной тревоги в исследуемой группе составляло 8,11 ($SD=5,3$), что не отличалось достоверно от группы здоровых детей, в которой это значение было 7,8 ($SD=5,57$). Однако нами получены достоверные данные, репрезентирующие более высокое ($p<0,001$) значение сепарационной тревоги у группы 3, где среднее значение составило 14,73 ($SD=1,08$), по сравнению с группой 2. Таким образом, сепарационная тревога у группы детей с тревожно-фобическими проявлениями в условиях хронического психосоциального стресса выше, чем у группы здоровых детей. Также тревога, вызванная разлукой, у группы с РАС достоверно ($p<0,001$) ниже, чем у группы детей с тревожно-фобическими расстройствами [88].

Для интерпретации результатов шкалы PAS имеет значение не только количественное значение показателей тревожности (общее и по субшкалам), но и сравнение их со значениями стандартных выборок по возрастам. Так, получение

значения на одно стандартное отклонение выше среднего (для одной из субшкал или общего балла) на 0,5 стандартных отклонения репрезентирует повышенный, но не клинический уровень тревоги. А превышение на 1 или более стандартного отклонения, свидетельствует о клинически выраженной тревоге и возможном формировании невроза. Данные оценки уровня тревожности, определенной по этой шкале [112], представлены в таблице 3.1.2. Оценка уровня тревожности уточняет результаты, полученные при анализе значений тревожности, приведенных в таблице 3.1.1.

Среднее значение общего уровня тревожности в группе 1 составило 0,85 ($SD=0,88$), что достоверно ($p<0,05$) ниже, чем в группе 2, где этот показатель равен 1,3 ($SD=0,95$). При сравнении общего уровня тревожности группы 2 с группой 3 (где среднее значение составило 2,0 ($SD=0$)) получены данные, достоверно ($p<0,001$) свидетельствующие, что общий уровень тревожности у детей с тревожно-фобическими расстройствами больше, чем у группы здоровых детей. И общий уровень тревожности у детей с РАС был достоверно ($p<0,001$) меньше, чем у группы с тревожно-фобическими расстройствами.

Уровень генерализированной тревожности достоверно ($p<0,05$) меньше при сравнении группы 1 ($M=1,28$, $SD=0,93$), с группой 3 ($M=1,73$, $SD=0,63$). При сравнении других групп между собой не было найдено достоверных различий. Таким образом, уровень генерализированной тревоги у детей с РАС оказался достоверно ниже, чем уровень генерализированной тревоги у детей с тревожно-фобическими расстройствами, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса [82].

Таблица 3.1.2. - Показатели шкалы Preschool Anxiety Scale (PAS) (уровень тревожности)

№ п/п	Показатели	Группа 1		Группа 2		Группа 3		Достоверность статистических различий
		M	SD	M	SD	M	SD	
1.	Общий балл	0,85	0,88	1,30	0,95	2,00	0,00	$p^1=0,017*$ $p^2<0,001***$ $p^3<0,001***$
2.	Генерализи-	1,28	0,93	1,43	0,85	1,73	0,63	$p^1=0,423$ $p^2=0,130$

	рованная тревога							$p^3=0,014*$
3.	Социальная тревожность	0,42	0,72	1,13	0,89	1,63	0,49	$p^1<0,001***$ $p^2<0,01**$ $p^3<0,001***$
4.	Обсессивно-компульсивное расстройство	0,46	0,85	0,70	0,95	1,03	0,88	$p^1=0,188$ $p^2=0,167$ $p^3<0,01**$
5.	Страх перед телесными повреждениями	0,05	0,22	1,20	1,00	2,00	0,00	$p^1<0,001***$ $p^2<0,001***$ $p^3<0,001***$
6.	Сепарационная тревога	1,19	0,96	1,33	0,96	2,00	0,00	$p^1=0,475$ $p^2<0,001***$ $p^3<0,001***$

p^1 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;

p^2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;

p^3 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения.

Среднее значение уровня социальной тревожности у исследуемой группы было 0,42 ($SD=0,72$), что достоверно ($p<0,001$) ниже, чем у группы здоровых детей, где показатель уровня социальной тревожности соответствовал значению 1,13 ($SD=0,89$). В группе 3 среднее значение социальной тревожности составило 1,63 ($SD=0,49$). Среднее значение уровня социальной тревожности у детей с РАС достоверно ($p<0,001$) ниже, чем у детей с тревожно-фобическими проявлениями. При сравнении уровня социальной тревожности у группы 2 и группы 3 оказалось, что данный уровень достоверно ($p<0,05$) больше у детей с тревожно-фобическими проявлениями, чем у детей с РАС [82].

Уровень тревожности субшкалы, определяющей ОКР, продемонстрировал следующие результаты: среднее значение для группы 1 составило 0,46 ($SD=0,85$), для группы 2 – 0,7 ($SD=0,95$), для группы 3 – 1,03 ($SD=0,89$). Из полученных результатов видно, что при исследовании наличия данных о развитии ОКР в целом в представленных выборках не получено достоверных различий, кроме сравнения группы 1 и группы 3.

Среднее значение уровня тревожности субшкалы страха телесных повреждений в исследуемой группе составило 0,05 ($SD=0,22$). В группе 2 данное значение было 1,2 ($SD=0,99$), а в группе 3 – 2,0 ($SD=0$). Уровень субшкалы страха телесных повреждений в группе детей с расстройствами спектра аутизма оказался достоверно меньше ($p<0,001$), чем у здоровых детей и достоверно меньше ($p<0,001$), чем у детей с тревожно-фобическими расстройствами, а также уровень страха телесных повреждений в группе здоровых детей достоверно меньше, чем у детей с тревожно-фобическими расстройствами ($p<0,001$).

Среднее значение уровня сепарационной тревоги в исследуемой группе составляло 1,19 ($SD=0,96$), что не отличалось достоверно от группы здоровых детей, в которой это значение равно 1,33 ($SD=0,96$). Однако были получены достоверные ($p<0,001$) данные, репрезентирующие более высокое значение уровня сепарационной тревоги у группы 3, где среднее значение составило 2,0 ($SD=0$), по сравнению с группой 2. Таким образом, уровень сепарационной тревоги у группы детей с тревожно-фобическими проявлениями в условиях хронического психосоциального стресса выше, чем у группы здоровых детей. Также уровень тревоги, вызванной разлукой, у группы с РАС достоверно ниже, чем у группы детей с тревожно-фобическими расстройствами ($p<0,001$).

В исследуемой группе детей с РАС среднее значение тревожности оказалось достоверно ниже, чем у групп здоровых исследуемых ($p<0,001$) и детей с тревожно-фобическими проявлениями ($p<0,001$). При тревожно-фобических проявлениях достоверно ($p<0,001$) выше показатели общей тревожности по сравнению как со здоровыми детьми, так и с больными аутизмом.

Значение социальной тревожности у детей с РАС достоверно ($p<0,001$) ниже, чем у группы с тревожно-фобическими проявлениями. Больные аутизмом не боятся опоздать в детский сад, получить негативную оценку окружающих. Для них не существует правил, авторитетов, идеальных образов, которым они хотели бы подражать, соответствовать.

Страх телесных повреждений при аутизме оказался достоверно ($p<0,001$) меньше, чем у здоровых детей и достоверно ($p<0,001$) меньше, чем в группе с тревожно-фобическими расстройствами. Дети с РАС воспринимают полученный ранее опыт при встрече с опасными явлениями, не фиксируя его, не трансформируя в приспособительную защитную реакцию страха, охраняющую индивидуума от контакта с опасными ситуациями [82].

У детей с тревожно-фобическими проявлениями, находящихся в условиях хронического психосоциального стресса, связанного с военными действиями в Донбассе, достоверно ($p<0,001$) выше страх телесных повреждений в сравнении с группой здоровых исследуемых. Поскольку попадание в условия, угрожающие жизни (нахождение под обстрелами или наблюдение разрывов снарядов поблизости), являлось наиболее частым триггером возникновения таких тревожно-фобических состояний, их можно рассматривать как аналог посттравматического стрессового расстройства.

Тревога, вызванная разлукой, у группы с РАС достоверно ниже, чем у группы детей с тревожно-фобическими расстройствами ($p<0,001$).

Общий уровень тревожности в группе с тревожно-фобическими расстройствами достоверно больше, чем у группы здоровых детей ($p<0,001$) и группы детей с РАС ($p<0,001$). Уровень генерализированной тревожности достоверно ($p<0,05$) меньше у аутичных детей по сравнению с группой детей с тревожно-фобическими расстройствами. Уровень социальной тревожности у группы детей с РАС достоверно ниже ($p<0,001$), чем у группы здоровых детей. Среднее значение уровня социальной тревожности у детей с РАС достоверно ($p<0,001$) ниже, чем у детей с тревожно-фобическими проявлениями. При сравнении уровня социальной тревожности у группы 2 и группы 3 оказалось, что уровень социальной тревожности достоверно больше ($p<0,05$) у детей с тревожно-фобическими проявлениями, чем у детей с РАС [82].

Уровень тревожности субшкалы ОКР у детей с тревожно-фобическими расстройствами достоверно выше ($p<0,05$), чем у здоровых детей. Уровень страха

телесных повреждений в группе детей с расстройствами спектра аутизма оказался достоверно меньше ($p<0,001$), чем у здоровых детей и достоверно меньше ($p<0,001$), чем у детей с тревожно-фобическими расстройствами, а также уровень страха телесных повреждений в группе здоровых детей достоверно меньше, чем у детей с тревожно-фобическими расстройствами ($p<0,001$).

Уровень сепарационной тревоги у группы детей с тревожно-фобическими расстройствами достоверно выше, чем у группы здоровых детей ($p<0,001$) и группы детей с РАС ($p<0,001$).

Таким образом, шкала для оценки тревожности у дошкольников Preschool Anxiety Scale (PAS) продемонстрировала достоверно меньшее (как общее, так и по субшкалам) значение тревожности у детей с РАС по сравнению с группами здоровых и детей с невротическими проявлениями тревоги, постоянно проживающими в условиях хронического психосоциального стресса. Можно сделать вывод, что интенсификация факторов психосоциального стресса (боевых действий в Донбассе) у детей с атипичным развитием не оказывает усиливающего тревогу воздействия. Страхи и тревога детей с расстройствами спектра аутизма имеют особый характер и происхождение. Такие страхи манифестируют аutoхтонно, без внешней, психологически понятной причины.

Общий уровень тревожности здоровых детей, хотя они и не предъявили жалоб на наличие тревоги, оказался достоверно выше, чем у группы с расстройствами спектра аутизма. Это связано с тем, что обследуемые без психических расстройств, постоянно проживая в условиях хронического психосоциального стресса, осознают опасность, в которой находятся. При этом, у детей с тревожно-фобическими расстройствами, находящимися в таких же условиях, тревожность была достоверно выше, чем у здоровых испытуемых, в большей степени – из-за страха телесных повреждений [82].

3.2. Клинико-патопсихологическая феноменология страхов у детей с РАС в условиях хронического психосоциального стресса

Для определения уровня подверженности страхам использован опросник А.И. Захарова «Подверженность ребенка страхам» [24, с. 120-121]. Для оценки интенсивности страхов использована шкала Children's Fear Scale (CFS) (McMurtry C.M. et al., 2011) [116].

Как видно из таблицы 3.2.1, медианное значение страхов в исследуемой группе детей с аутизмом составило 12, в группе здоровых детей – 21, в группе детей с тревожными проявлениями – 22. Статистически значимым было меньшее медианное значение страхов в исследуемой группе по сравнению группой здоровых и тревожных детей ($p<0,001$). А.И. Захаров предлагает сопоставлять полученное количество страхов с допустимыми в норме в соответствующем возрасте. Если выявленное количество страхов больше в 1,5 раза допустимых в норме, это может свидетельствовать о перенапряжении психики и необходимости специальных психологических мер по нормализации эмоционального состояния ребенка.

Таблица 3.2.1. - Среднее количество страхов по А.И. Захарову в исследуемых группах

Показатель	Группа 1 (n=100)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)	Уровень значимости статистических различий, р
Среднее количество страхов по А.И. Захарову (Me(Q ₁ ;Q ₃))	12(9;15)	21(19;22)	22(20;25)	$p_1<0,001$ ** $p_2<0,001$ ** $p_3=0,058$
Удельный вес страхов, превышающий в 1,5 раза среднее количество по А.И. Захарову (абс;%(95%ДИ))	36; 36,0% (26,8%- 45,7%)	20; 66,7% (48,3%- 82,7%)	27; 90,0% (76,3%- 98,2%)	$p_1=0,006$ * $p_2<0,001$ ** $p_3=0,059$

Примечание: статистические различия вычислялись с применением W-критерия Вилкоксона; при расчете интервальных значений и сравнении доли для двух групп применялось угловое преобразование Фишера (с учетом поправки Йейтса); p_1 – уровень значимости статистических различий между группами 1 и 2; p_2 – уровень значимости статистических различий между группами 1 и 3; p_3 – уровень значимости статистических различий между группами 2 и 3.

Удельный вес страхов, превышающий в 1,5 раза допустимые возрастные нормы, был выше в 1,5 раза у 36,0% детей в группе с аутизмом. В группе здоровых детей он составлял 66,7%, а в группе детей с тревожными проявлениями – 90,0%. Статистически достоверно в исследуемой группе количество детей со страхами, превышающими допустимые в норме, было меньше, чем в группе здоровых детей ($p<0,01$), и меньше, чем в группе тревожных детей ($p<0,001$) [46].

Обращают на себя внимание как большое медианное значение страхов у здоровых детей, так и удельный вес детей, психика которых находится в состоянии перенапряжения в данной группе. В настоящее время есть исследования, в которых отмечается увеличение уровня страхов у современных дошкольников, проживающих в обычных условиях. В основном, причину такого положения усматривают в перенасыщенности информационной среды [87].

Следует отметить, что вышеприведенные данные отчетливо контрастировали с отсутствием соответствующих клинических проявлений: дети их не демонстрировали, визуально не выглядя боязливыми. И для родителей такое количество страхов было удивительным. Объяснить это можно следующим образом. Согласно А. И. Захарову, страхи, проявляющиеся в поведении ребенка, отражают далеко не полную картину его внутренних страхов, часто не отделимых от опасений по поводу вероятности того или иного события. Поэтому выяснить весь спектр страхов можно только специальным опросом при условии эмоционального контакта с ребенком, доверительных отношений и отсутствия конфликта. Справедливости ради нужно также указать, что, в соответствии с А.И. Захаровым [24, с. 112-114], есть и так называемые «немые» страхи, часто отрицаемые детьми при опросе, но признаваемые родителями. Следует отметить, что основным источником получения информации при работе с опросником А.И.

Захарова в группе здоровых и тревожных детей были сами дети. А в группе детей с РАС основную информацию предоставляли родители. Далеко не со всеми пациентами из группы детей с аутизмом получилось установить продуктивный контакт, достаточный для прохождения тестирования, в силу особенностей их психического состояния [145].

А.П. Ковалевская отмечает, что важно уделить особое внимание анализу событий, происходящих рядом с детьми, для лучшего понимания того, что их вызывает. Когда ребенок сталкивается с разрушениями домов и потерей жизней из-за военных действий, находится на грани смерти, вынужден слышать громкие звуки (взрывы, гул техники, крики) и жить в неблагоприятных условиях (подвалы), все это оказывает серьезное воздействие на его психологическое состояние [40].

Следует учитывать тот факт, что дети, которые проживают в Горловке, находятся в условиях непрерывного ведения боевых действий на протяжении всего времени. Они испытывают стресс особого характера. Линия фронта, в среднем, находится в 10-15 км от любой точки весь период военного конфликта, невзирая на объявленные перемирия, боевые действия не прекращались. То есть, дети, проживающие в данных условиях, фактически постоянно находятся в условиях войны, когда психика непрерывно мобилизована.

Из-за своего молодого возраста дошкольные дети не могут эффективно обрабатывать негативные последствия военной обстановки. Их психика еще не сформирована достаточно сильно, чтобы противостоять стрессовым ситуациям. Поэтому они остаются уязвимыми перед негативными эффектами военных конфликтов.

А.Л. Венгер и Е.И. Морозова отмечают, что наиболее распространенными жалобами бесланских детей являлись различного рода страхи, нарушение сна [40].

Ситуация, когда у детей сохраняется страх не только в момент происшествия, но и на протяжении длительного времени после него, может продлиться до пяти лет. В течение этого времени интенсивность страха, его

направление и проявления могут меняться. Сразу после ужасного события, когда сильные чувства начинают утихать, страх способен оставаться приглушенным, дети могут его открыто не выражать. Они в этих случаях утверждают, что им ничего не страшно, разговаривая о своих переживаниях с родителями или специалистами. Многие исследователи связывают это явление с понятием "страх страха". Например, у детей, переживших Бесланскую трагедию, сначала возникали усиленные страхи, проявлявшиеся в повышенной пугливости [5,103, 161].

Повышение медианного значения страхов и удельного веса страхов, превышающего в 1,5 раза допустимый в норме, у детей с тревожными проявлениями понятно. Главным образом, данная группа характеризовалась декомпенсацией психической адаптации после попадания в стрессовые ситуации очень высокой интенсивности (подвергались обстрелам, становились свидетелями близких разрывов снарядов, повреждения жилья, ранения людей и т.д.).

Группа детей с аутизмом, проживающая в условиях хронического психосоциального стресса, продемонстрировала более низкое количество страхов, по сравнению с детьми здоровой и тревожной групп. Видимо, это связано с нарушениями в эмоциональной сфере. Нормотипичные дети копируют поведение взрослых. Они четко фиксируют реакцию тревоги, исходящую от родителей в ответ на опасность. Родители являются образцом для подражания, обучающим эмоциональному реагированию на различные ситуации. Дети воспринимают эмоциональные сигналы от своих родителей с самого рождения [40]. У детей с РАС эмоциональная сфера развивается с нарушениями. У них возникают трудности с пониманием социальных сигналов и эмоций других людей, включая реакции на опасные ситуации. Это может приводить к снижению осознания риска, что искажает восприятие потенциальных опасностей [73]. Дети с аутизмом живут в собственном мире. При этом, они побаиваются окружающего мира из-за собственной нарушенной взаимосвязи с ним и не способны отслеживать динамику и тенденции происходящих вокруг них событий, что в конечном итоге приводит к нарушению выработки приспособительного поведения.

При сравнении удельного веса страхов в трех группах, у здоровых и тревожных детей преобладали страхи нападения, пожара, войны, оставаться в одиночестве, смерти, смерти родителей, физического повреждения (крови, уколов, боли, животных, заразиться, физического наказания), резких громких звуков. Визуально эти данные представлены на диаграммах (рис. 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3, 3.2.4.) Это страхи физического повреждения.

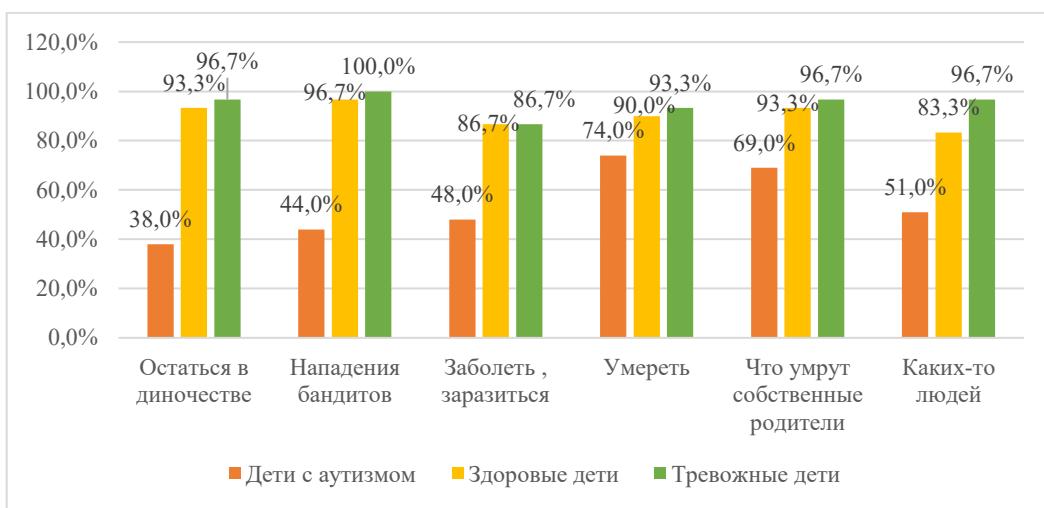


Рисунок 3.2.1. - Удельный вес некоторых страхов у обследованных согласно результатам применения опросника А.И. Захарова

Таким образом, можно сделать вывод, что ключевым элементом, объединяющим все эти страхи, является страх перед смертью. Он лежит в основе боязни быть атакованным, столкнуться с пожаром, с опасными персонажами, испытать боль, видеть кровь или оказаться в военном конфликте. Все эти страхи связаны с возможной угрозой жизни самого ребенка или его близких и могут поставить под угрозу чувство безопасности и защищенности, которое считается основополагающим. Что вполне объяснимо, учитывая проживание детей в условиях хронического психосоциального стресса.

Следует также обратить внимание на тот факт, что современное общество характеризуется очень быстрым распространением информации. Это происходит посредством СМИ, социальных сетей. Проживая в условиях хронического, психосоциального стресса, активно идущих боевых действий, дети постоянно находятся в среде, где постоянно говорят о войне и событиях, связанных с ней,

основные новости повестки дня посвящены войне. Дети становятся заложниками такой ситуации.

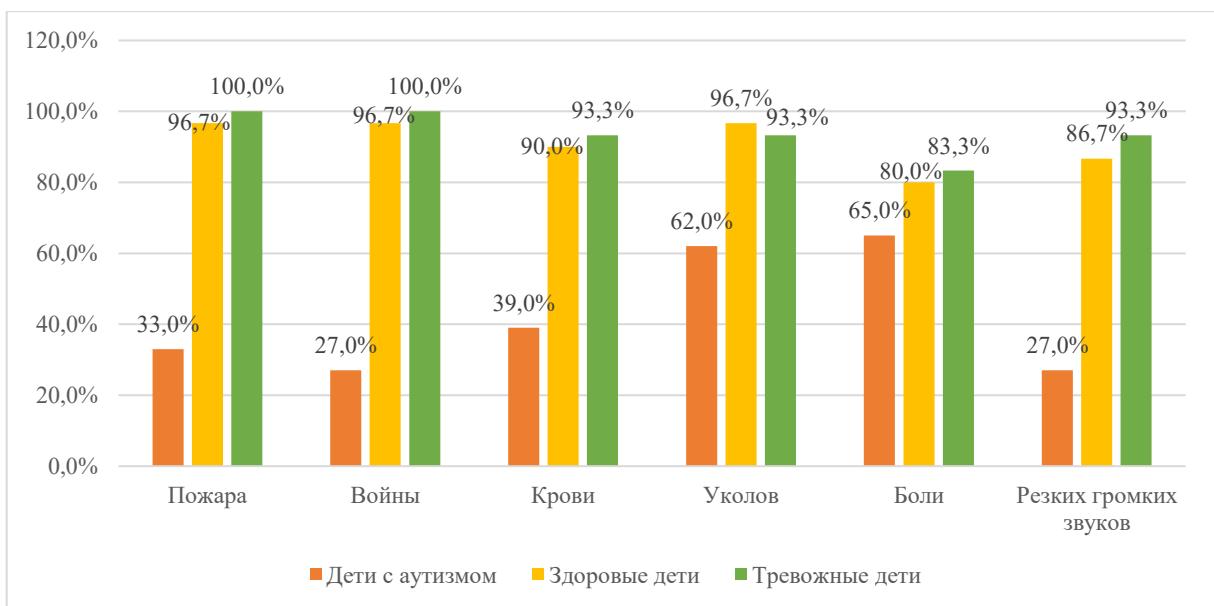


Рисунок 3.2.2. - Удельный вес некоторых страхов у обследованных согласно результатам применения опросника А.И. Захарова

Например, В.И. Ильясова отмечает, что многие российские психологи считают телевидение основным средством воздействия на личность ребенка в настоящее время. На втором месте по значимости для их воспитания находятся печать и компьютер. Однако с развитием интернета влияние его на детей значительно возросло. Одним из наиболее негативных последствий такого "телевизионно-компьютерного" образа жизни является отставание в развитии у детей. В последние годы родители и педагоги все чаще обращают внимание на эту проблему: дети начинают говорить поздно, разговаривают мало и плохо, их словарный запас ограничен и прост. Важно не забывать, что у детей особенно высока чувствительность, и их психика легко поддается внушению. После просмотра сцен насилия, войны и убийств у детей могут возникнуть чувства страха и опасности. Взрослый не всегда замечает изменения в поведении ребенка, у которого жуткие образы и звуки способны вызывать беспокойство, кошмары или невротические симптомы [78].

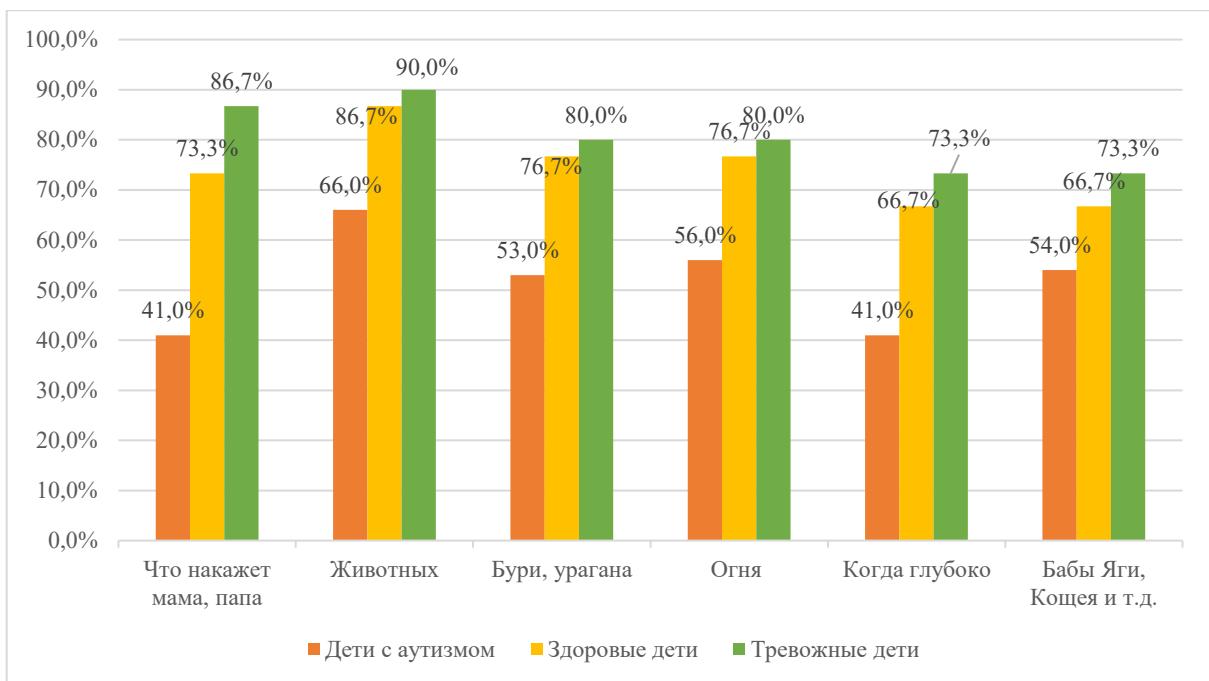


Рисунок 3.2.3 - Удельный вес некоторых страхов у обследованных согласно результатам применения опросника А.И. Захарова

Страхами с наименьшей интенсивностью в группе здоровых и тревожных детей были страх «Врачей, кроме зубных», «Мамы, папы», «Больших улиц», «Воды», «Машин, поездов, самолетов», «В маленькой тесной комнате, в помещении, туалете, переполненном автобусе, метро».

Наибольший удельный вес страхов в группе детей с аутизмом, как следует из представленных данных, продемонстрировали страх собственной смерти (74,0%) и смерти родителей (69,0%), страх животных (66,0%). Также у этих обследованных отмечен высокий удельный вес страхов уколов, боли – страхов, имеющих преимущественно условно-рефлекторную природу происхождения [24, с. 53]. Среди страхов с наименьшим удельным весом при аутизме оказались страхи опоздать в детский сад (3,0%), воды (8,0%), больших улиц (11,0%), врачей (16,0%), родителей (17,0%), машин, поездов (20,0%), в тесной комнате (23,0%), войны (27,0%), резких звуков (27,0%).

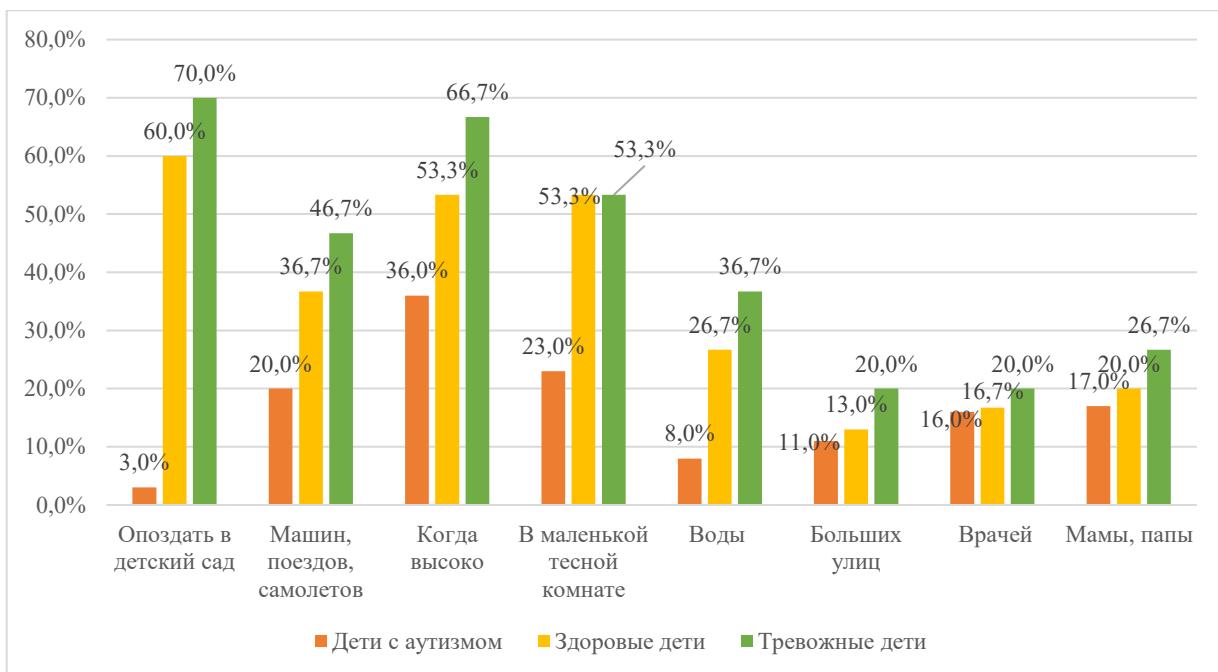


Рисунок 3.2.4 - Удельный вес некоторых страхов у обследованных согласно результатам применения опросника А.И. Захарова

Таким образом, страхи у обследованных психически здоровых детей, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса, демонстрируют субклинический уровень перенапряжения психики. Клинически данные страхи не проявлялись, и для родителей их большое количество было удивительным, что может объясняться отсутствием соответствующих поведенческих изменений у детей и наличием группы «невидимых» страхов, не указываемых родителями, но признаваемых детьми. У детей преобладали страхи, ключевым элементом которых является страх перед смертью, физическим повреждением [145]. В группе детей с тревожно-фобическими проявлениями удельный вес страхов был похожим, с тем отличием, что у них происходил срыв адаптационных возможностей психики. И у данных детей страхи проявлялись клинически. У обследованных с аутизмом, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса, наиболее часто встречающимися оказались страх собственной смерти, смерти своих родителей и страхи с условно-рефлекторной природой формирования – уколов, боли. Частота указанных страхов была меньшей, чем в группах здоровых и тревожных детей.

При сравнении видов страхов согласно опроснику А.И. Захарова «Подверженность ребенка страхам» оценивалась степень различия между

медианами выборок и проверялась гипотеза о равенстве средних значений. Параллельно оценивался предыдущий опыт: был ли зафиксирован самим ребенком или его родителями факт предшествующего травматического переживания, после которого у ребенка сформировался страх. Наличие опыта также сравнивалось в исследуемых группах.

Как видно из таблицы 3.2.2, страх остаться в одиночестве в исследуемой группе достоверно ($p<0,001$) ниже у детей, страдающих аутизмом, по сравнению со здоровыми и тревожными обследуемыми (0(0;2); 2(1;3); 2(1;3)).

Наличие предшествующего опыта также достоверно различалось в исследуемых группах. В группе детей с аутизмом зафиксирована достоверно меньшая связь наличия страха одиночества по сравнению с группой здоровых и тревожных детей ($p<0,001$).

Таблица 3.2.2. - Характеристика некоторых видов страхов в исследуемых группах (Me(Q1;Q3))

Показатель	Группа 1 (n=100)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)	Уровень значимости статистических различий, p
Страх остаться в одиночестве (Me(Q ₁ ;Q ₃))	0(0;2)	2(1;3)	2(1;3)	$p_1<0,001$ $p_2<0,001$ $p_3= 0,456$
Предшествующий опыт страха остаться в одиночестве (абс;%(95%ДИ))	36; 36,0% (26,8%- 45,7%)	27; 93,1% (80,6%- 99,4%)	29; 96,7% (86,9%- 100,0%)	$p_1<0,001$ $p_2<0,001$ $p_3= 0,976$
Страх нападения, бандитов	0(0;3)	3(3;4)	3(3;4)	$p_1<0,001$ $p_2<0,001$ $p_3= 0,216$
Страх заболеть, заразиться	0(0;3)	2,5(2;3)	3(2;3)	$p_1<0,001$ $p_2<0,001$ $p_3= 0,758$
Страх смерти	3(0;3)	3(3;3)	3,5(3;4)	$p_1= 0,067$ $p_2<0,001$ $p_3= 0,033$
Страх, смерти собственных родителей	3(0;3)	3(3;4)	4(3;4)	$p_1= 0,023$ $p_2<0,001$ $p_3= 0,031$

Страх каких-то людей	1(0;2)	3(2;4)	4(3;4)	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 = 0,178$
Страх потеряться	2(0;3)	0(0;3)	3(0;4)	$p_1 = 0,777$ $p_2 = 0,263$ $p_3 = 0,541$
Предшествующий. опыт страха потеряться (абс;%(95%ДИ))	15; 15,0% (8,6%-22,7%)	10; 33,3% (17,3%- 51,7%)	7; 23,3% (9,7%-40,6%)	$p_1 = 0,067$ $p_2 = 0,449$ $p_3 = 0,571$
Примечание: статистические различия вычислялись с применением W-критерия Вилкоксона; при расчете интервальных значений и сравнении доли для двух групп применялось угловое преобразование Фишера (с учетом поправки Йейтса); p_1 – уровень значимости статистических различий между группами 1 и 2; p_2 – уровень значимости статистических различий между группами 1 и 3; p_3 – уровень значимости статистических различий между группами 2 и 3.				

Дети дошкольного возраста, как правило, очень зависимы от взрослых, особенно от своих родителей. Они еще не научились самостоятельно решать проблемы и часто ищут поддержки и защиты у взрослых. Оставшись одни, дети способны испытывать страх и беспокойство из-за неопределенности и непонимания, что им делать в данной ситуации. Также они могут бояться быть покинутыми или потерять связь с родителями.

Кроме того, в этом возрасте дети еще не имеют развитых навыков самостоятельности и самодостаточности, что делает их более уязвимыми и требующими постоянного присутствия и поддержки близких людей. Все эти факторы способны вызывать страх и тревогу в ситуации разделения с родителями или другими близкими.

Повышение уровня страха остаться в одиночестве у детей, постоянно проживающих в условиях хронического психосоциального стресса, может быть связано с повышенной осторожностью и опекой взрослых, осознающих опасность близости боевых действий в регионе. Свой вклад привносят и особенности жизни в данных условиях: изолированность в процессе обучения, часто в дистанционном формате, даже у дошкольников, ограничение передвижения по улицам из-за угрозы обстрелов. А.И. Захаров отмечает, что дети, развивающиеся в условиях изоляции, испытывают в большей мере страх одиночества: «В коммунальной

квартире много взрослых, больше сверстников, возможностей для совместных игр и меньше страхов. В отдельных квартирах дети лишены непосредственных контактов друг с другом. У них больше вероятность появления страхов одиночества, темноты, страшных снов, чудовищ и т.д. В первую очередь это относится к единственным детям, по отношению к которым взрослые проявляют больше беспокойства и опеки» [24, с. 22].

Дети с аутизмом в дошкольном возрасте могут испытывать боязнь оставаться одни из-за своих особенностей, таких как ограниченные навыки социализации, трудности в общении, повышенная чувствительность к окружающей среде и стрессовые ситуации. Они могут испытывать тревогу и беспокойство при разлуке с близкими людьми или оставаться без присмотра. Важно обеспечивать постоянную поддержку и комфортное окружение для таких детей, чтобы помочь им справляться с данной боязнью и развивать навыки самостоятельности. Можно предположить, что внешние обстоятельства в меньшей мере влияют на развитие внутреннего мира таких больных.

Дети с аутизмом в дошкольном возрасте могут испытывать боязнь нападения бандитов, как и другие дети. Однако интенсивность страха нападения бандитов в исследуемой группе оказалась достоверно ($p<0,001$) ниже по сравнению со здоровыми и тревожными обследуемыми (таб. 3.2.2). Показатель страха нападения бандитов составил 0(0;3); 3(3;4); 3(3;4) соответственно в группах детей с аутизмом, здоровых и детей с тревожными проявлениями.

Страх заразиться и заболеть у дошкольников может быть связан с несколькими факторами. Во-первых, с влиянием окружающей среды: дети часто подвержены влиянию страха заразиться от своих родителей, учителей и других близких людей. Если взрослые постоянно выражают свою озабоченность заражением и болезнями, дети могут воспринимать этот страх как свой собственный. Во-вторых, с негативным опытом: если ребенок ранее заболел тяжелым заболеванием или видел, как кто-то близкий ему болел, это может повлиять на его страх заразиться и заболеть. В-третьих, с информационной перегрузкой: в наше время дети могут быть подвержены информационной

перегрузке из-за постоянного доступа к новостям и информации в интернете. Медицинские статьи, репортажи о вспышках эпидемий и другие материалы могут вызывать у детей ненужные страхи.

Известно, что дети с аутизмом в дошкольном возрасте могут испытывать боязнь заразиться или заболеть. Это связано с особенностями их психического развития, а также чувствительностью к изменениям в окружающей среде. Для таких детей важно создать безопасное и предсказуемое окружение, где они могут чувствовать себя защищенными. Страх заболеть, заразиться в исследуемой группе встречался достоверно ($p<0,001$) ниже у детей, страдающих аутизмом, по сравнению со здоровыми и тревожными обследуемыми (Таблица 3.2.2). Показатель страха заразиться составил 0 (0;3) 2,5 (2;3) 3 (2;3) соответственно в группах детей с аутизмом, здоровых и детей с тревожными проявлениями [82].

Дети дошкольного возраста способны иметь затруднения с пониманием смерти в качестве необратимого процесса. Они могут представлять смерть как временное состояние или как что-то, что произошло только с кем-то другим. В этом возрасте возможно отсутствие личного опыта потери близкого человека или полного понимания смерти, что усиливает уязвимость к страху перед смертью [78].

Дети могут поглощать страхи взрослых в своем окружении и сами начинать бояться смерти. Например, они могут услышать разговоры о болезни или смерти кого-то близкого. Здесь, вероятно, играет роль страх перед неизвестным: смерть – это нечто неизвестное и таинственное, что может вызывать детский страх. Дети могут беспокоиться, что после смерти им будет больно, будет скучно, или они будут оставлены одни. Как видно из таблицы 3.2.2, показатель страха смерти в исследуемой группе статистически значимо ($p<0,001$) ниже у детей, страдающих аутизмом, по сравнению с тревожными обследуемыми (3(0;3) 3,5(3;4), соответственно).

Родители – основная опора и источник безопасности для детей. Потеря родителей может вызвать у детей чувства беспокойства, беспомощности и страха.

Интенсивность страха смерти собственных родителей была достоверно ($p<0,001$) меньше у группы детей с аутизмом, чем у группы тревожных детей.

Согласно таблице 3.2.2, показатель выраженности страха «Каких-то людей» составил у аутичных, здоровых и группы тревожных детей соответственно 1(0;2) 3(2;4) 4(3;4). Интенсивность страха «Каких-то людей» у детей с аутизмом была достоверно ($p<0,001$) ниже, чем у здоровых и обследуемых с тревожно-фобическими проявлениями (Таблица 3.2.2).

Боязнь определенных людей у детей дошкольного возраста является распространённым явлением. Дошкольный возраст – это период, когда дети начинают активно исследовать мир вокруг себя. Они могут испытывать страх перед незнакомыми людьми, поскольку такие встречи способны вызывать у них тревогу и неуверенность. О.Ю. Зайцева относит этот вид страха к социальным фобиям, определяя их как «страх участия в социальных ситуациях, в основе которого лежит страх негативной оценки со стороны окружающих» [22].

Дети в дошкольном возрасте находятся на этапе развития эмоционального интеллекта и могут «считывать» эмоции взрослых. Если они чувствуют страх, тревогу или напряжение взрослых по отношению к определённым людям, это может передаваться и им.

В данном возрасте дети активно развиваются воображение и порой могут наделять незнакомых людей чертами, которые воспринимаются как угроза, даже если на самом деле это не так. С.В. Чернобровкина утверждает, что дети с высоким уровнем развития воображения могут часто испытывать тревожность и страхи. Однако воображение также позволяет помочь им защититься от негативных эмоций. Низкий уровень воображения, напротив, потенциально связан с более низким уровнем тревожности и страхов у дошкольников [101].

Как видно из таблицы 3.2.3, интенсивность страха «Что накажет мама, папа» была статистически значимо ниже у обследованных с аутизмом по сравнению со здоровыми ($p<0,01$) и тревожными ($p<0,001$) детьми. Показатель интенсивности страха в исследуемых группах детей с аутизмом, здоровых и детей с тревожными проявлениями был соответственно 0(0;2) 2(0;2) 3(2;4). Наличие

предшествующего опыта в развитии данного страха также продемонстрировало достоверные различия: в группе детей с РАС его показатель был достоверно ниже, чем у здоровых ($p<0,01$), и ниже, чем у обследованных с тревожно-фобическими симптомами.

Многие исследователи являются сторонниками теории о происхождении страхов вследствие предшествующего травмирующего опыта [22]. В данном случае формирование страха выступает в качестве приспособительного механизма при взаимодействии с окружающим миром.

Дети дошкольного возраста с аутизмом могут по-разному реагировать на наказания, и их реакция часто зависит от индивидуальных особенностей, уровня развития, а также от того, как именно применяется наказание.

Исследования показывают, что дети с аутизмом не всегда правильно интерпретируют социальные сигналы и последствия своих действий. Наказания, достаточно эффективные для нейротипичных детей, могут не дать ожидаемого результата у детей с аутизмом, которые, например, не всегда понимают, за что именно их накзывают, или не связывают наказание с предыдущим поведением. Неоправданное увеличение чувствительности к стимулам, возможно, вызвано аномалией в системе pragматической оценки у людей с расстройствами спектра аутизма. Из-за избытка информации им сложнее сформировать внутреннюю модель и обобщить опыт из прежних ситуаций. Это приводит к неуверенности в своих решениях, неспособности адекватно оценить свою компетентность и предсказать реакции окружающих [57].

Таблица 3.2.3. - Характеристика некоторых видов страхов в исследуемых группах (Me(Q1;Q3))

Показатель	Группа 1 (n=100)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)	Уровень значимости статистических различий, p
Страх мамы, папы	0(0;0)	0(0;0)	0(0;2)	$p_1= 0,692$ $p_2= 0,190$ $p_3= 0,483$
Предшествующий опыт страха	16; 16,0%	6; 20,0%	8; 26,7%	$p_1= 0,818$ $p_2= 0,314$

мамы, папы (абс;%(95%ДИ))	(9,4%- 23,9%)	(7,5%- 36,7%)	(12,1%- 44,4%)	$p_3=0,758$
Страх наказания мамой, папой	0(0;2)	2(0;2)	3(2;4)	$p_1=0,006$ $p_2<0,001$ $p_3=0,009$
Предшествующий опыт страха наказания мамы, папы (абс;%(95%ДИ))	41; 41,0% (31,5%- 50,9%)	22; 73,3% (55,6%- 87,9%)	26; 86,7% (71,7%- 96,5%)	$p_1<0,01^*$ $p_2<0,001^*$ $p_3=0,331$
Страх бабы Яги, Кощея, Змея Горыныча, чудо- Юдо	2(0;3)	3(0;3)	3(0;3)	$p_1=0,137$ $p_2<0,05^*$ $p_3=0,476$
Страх опоздать в детский сад	0(0;0)	2,5(0;3)	3(0;4)	$p_1<0,001^*$ $p_2<0,001^*$ $p_3=0,171$
Предшествующий опыт страха опоздать в детский сад (абс;%(95%ДИ))	3; 3,0% (0,6%-7,3%)	18; 60,0% (41,4%- 77,2%)	21; 70,0% (51,9%- 85,3%)	$p_1<0,001^*$ $p_2<0,001^*$ $p_3=0,591$
Страх животных: волка, медведя, собак, насеко- мых, пауков, змей	2(0;3)	3(2;4)	3(3;4)	$p_1<0,05^*$ $p_2<0,001^*$ $p_3=0,315$
Предшествующий опыт страха животных (абс;%(95%ДИ))	44; 44,0% (34,3%- 53,9%)	26; 86,7% (71,7%- 96,5%)	27; 90,0% (76,3%- 98,2%)	$p_1<0,001^*$ $p_2<0,001^*$ $p_3=1,0$
Страх машин, поездов, самолетов	0(0;0)	0(0;1)	0(0;1)	$p_1=0,173$ $p_2<0,05^*$ $p_3=0,489$
Предшествующий опыт страха машин (абс;%(95%ДИ))	1; 1,0% (0,0%-3,9%)	11; 36,7% (20,0%- 55,2%)	13; 43,3% (25,7%- 61,9%)	$p_1<0,001^*$ $p_2<0,001^*$ $p_3=0,796$
Страх бури, урагана, наводнения, землетрясения	2(0;3)	3(2;3)	3(3;3)	$p_1<0,05^*$ $p_2<0,01^*$ $p_3=0,641$
Страх высоты	0(0;3)	3(0;4)	3,5(0;4)	$p_1=0,071$ $p_2<0,01^*$ $p_3=0,336$

Страх глубины	0(0;2,5)	2,5(0;3)	3(2;4)	$p_1 < 0,05^*$ $p_2 < 0,001^*$ $p_3 = 0,075$
Страх маленькой тесной комнаты, помещения, туалета, метро	0(0;0)	1(0;1)	1(0;1)	$p_1 < 0,05^*$ $p_2 < 0,03^*$ $p_3 = 0,867$

Примечание: статистические различия вычислялись с применением W-критерия Вилкоксона; при расчете интервальных значений и сравнении доли для двух групп применялось угловое преобразование Фишера (с учетом поправки Йейтса); p_1 – уровень значимости статистических различий между группами 1 и 2; p_2 – уровень значимости статистических различий между группами 1 и 3; p_3 – уровень значимости статистических различий между группами 2 и 3.

Страх опоздать в детский сад в исследуемой группе достоверно ($p < 0,001$) ниже у детей, страдающих аутизмом, по сравнению с группой здоровых и тревожных детей (Таблица 3.2.3). Показатель интенсивности страха опоздать в детский сад составлял соответственно 0(0;0)2,5(0;3)3(0;4) в группах детей с РАС, здоровых и тревожных детей.

Страх опоздать в детский сад – это довольно распространённое явление среди детей дошкольного возраста. В этом возрасте дети начинают осознавать временные рамки и часто испытывают беспокойство по поводу того, что могут опоздать на занятия или пропустить какие-то важные активности.

Дети в дошкольном возрасте зачастую очень привязаны к распорядку дня. Изменение или нарушение их привычного графика способно вызывать чувство тревоги. Страх может быть продиктован трудностями в социальных отношениях. Как верно, с нашей точки зрения, отмечает А.М. Руденко, социальный страх часто проявляется в форме боязни быть осужденным, отвергнутым или непонятым другими людьми. Страх судейства и критики со стороны окружающих может затруднять взаимодействие, приводить к избеганию общения или даже к изоляции от общества. Тем не менее, социальный страх бывает полезным, так как помогает людям соблюдать общественные нормы и правила, сохраняя гармонию в обществе [74]. Когда воспитатели высказывают порицание в ответ на опоздание дошкольника, в его памяти может фиксироваться данный факт, что способно привести к формированию страха опоздать в детский сад. Дети иногда

подвержены давлению с стороны взрослых. Если родители выражают беспокойство по поводу опоздания, это может укрепить у детей эмоции тревоги. Наличие предшествующего опыта страха опоздать в детский сад также продемонстрировало достоверные отличия в обследованных группах. У детей с аутизмом показатель наличия предшествующего опыта был достоверно ($p<0,001$) ниже, чем у здоровых и тревожных детей.

Интенсивность страха животных (медведя, собак, насекомых, пауков, змей) у детей с РАС была достоверно ниже по сравнению с группой здоровых ($p<0,05$) и тревожных ($p<0,001$) детей (Таблица 3.2.3).

Страх животных в дошкольном возрасте может свидетельствовать о недостаточных знаниях о животных, их поведении и потенциальной опасности. Такие дети могут бояться животных из-за малой осведомленности о них или из-за негативного опыта взаимодействия с ними.

Также страх животных у детей может быть связан с недостаточным пониманием животных как живых существ, способных чувствовать страх, боль и радость, как и люди. Дети дошкольного возраста часто боятся животных из-за недостаточности информации о том, как правильно обращаться с ними и как избегать конфликтных ситуаций.

Этот страх также является возможным результатом внушений со стороны взрослых, которые передают детям свой собственный страх или негативный опыт взаимодействия с животными. Для преодоления подобного страха у детей дошкольного возраста важно обеспечить им объективную информацию о животных, провести обучающие занятия по безопасному обращению с животными и создать позитивные и безопасные ситуации взаимодействия с ними. Наличие предшествующего опыта страха животных в исследуемой группе аутичных детей было достоверно ниже по сравнению с группами здоровых ($p<0,001$) и тревожных ($p<0,001$) детей (Таблица 3.2.3).

Травматический опыт способен формировать страх воды. Ранее негативный опыт с водой, такой как падение в воду, потеря сознания в воде или близкая причастность к трагическому случаю, связанному с водой, может вызвать у

ребенка страх перед водой. Т.И. Величко отмечает, что страх оказаться в глубоком месте является распространенным среди людей, которые не уверены в своих способностях в плавании. Они предпочитают плавать только в местах, где могут достать до дна ногами и почувствовать опору. Однако, если они оказываются в воде глубже, чем они привыкли, начинаются страх и паника. Они боятся находиться в воде без опоры и, если не могут дотянуться до дна, это вызывает у них страх и панику. Даже кратковременное погружение головы или лица под воду может вызвать у них панические состояния [63].

Изображения и истории несчастных случаев, связанных с водой, в средствах массовой информации могут усилить страх у детей. Имеет значение и недостаточное обучение: если ребенок не обучен правилам безопасности в воде и не умеет плавать, это также может вызвать у него страх перед водой. Негативные комментарии или страх родителей либо других близких людей передаются детям и могут повлиять на их отношение к воде [92].

Интенсивность страха воды достоверно ниже у детей, страдающих аутизмом, по сравнению со здоровыми ($p<0,05$) и тревожными ($p<0,001$) обследуемыми (Таблица 3.2.4).

Интенсивность страха пожара в группе детей с РАС статистически значимо ($p<0,001$) ниже, чем у здоровых и тревожных обследуемых (Таблица 3.2.4). Дети в этом возрасте часто не понимают абстрактных понятий и могут воспринимать пожар как что-то угрожающее и внезапное. Непонимание причин и последствий может усиливать страх. Страх пожара может сформироваться, если ребёнок стал свидетелем пожара или услышал о нем в новостях, фильмах или от взрослых. Дети склонны воспринимать информацию, которую они получают, на более эмоциональном уровне и могут не осознавать, что такие случаи редки. Реакция взрослых на ситуации, связанные с огнем, также влияет на детей. Если родители или другие взрослые проявляют страх или тревогу в таких ситуациях, дети могут перенять эти эмоции [57]. Пожар часто ассоциируется с хаосом и непредсказуемостью, что может вызывать у детей чувство потери контроля и безопасности.

Дети же, страдающие РАС, демонстрируют парадоксальную реакцию на стрессовые ситуации: значительно эмоционально нагруженные события, которые, казалось, должны были бы вызывать выраженные эмоциональные реакции, не сопровождаются у них, тем не менее, никакими переживаниями. В частности, когда на глазах у ребенка исследуемой группы горел его родной дом, данный больной смотрел на это со значительным интересом, не проявляя каких-либо реакций страха, ужаса или даже беспокойства. У родителей пациента в тот момент возникло впечатление, будто ребенку понравилось созерцание пожара [85].

Таблица 3.2.4. - Характеристика некоторых видов страхов в исследуемых группах (Ме(Q1;Q3))

Показатель	Группа 1 (n=100)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)	Уровень значимости статистических различий, р
Страх воды	0(0;0)	0(0;2)	0(0;2)	$p_1=0,010$ $p_2 <0,001$ $p_3=0,535$
Страх огня	2(0;2)	2(1;3)	2(1;3)	$p_1=0,099$ $p_2=0,060$ $p_3=0,850$
Предшествующий опыт страха огня (абс;%(95%ДИ))	50; 50,0% (40,1%- 59,9%)	23; 76,7% (59,4%- 90,3%)	24; 80,0% (63,3%- 92,5%)	$p_1=0,015$ $p_2=0,005$ $p_3=1,0$
Страх пожара	0(0;3)	3(3;4)	3(3;4)	$p_1 <0,001$ $p_2 <0,001$ $p_3=0,356$
Страх войны	0(0;2)	3(3;3)	4(3;4)	$p_1 <0,001$ $p_2 <0,001$ $p_3=0,003$
Предшествующий опыт страха войны (абс;%(95%ДИ))	25; 25,0% (17,0%- 34,0%)	29; 96,7% (86,9%- 100,0%)	30; 100,0% (93,8%- 100,0%)	$p_1 <0,001$ $p_2 <0,001$ $p_3=1,0$
Страх больших улиц, площадей	0(0;0)	0(0;0)	0(0;0)	$p_1=0,675$ $p_2=0,162$ $p_3=0,479$
Предшествующий опыт страха	4; 4,1%	2; 6,7%	4; 13,3%	$p_1=0,928$ $p_2=0,206$

больших улиц, площадей (абс;%(95%ДИ))	(1,1%-8,9%)	(0,6%- 18,8%)	(3,5%- 28,3%)	$p_3=0,669$
Страх других врачей, кроме зубных	0(0;0)	0(0;0)	0(0;0)	$p_1=0,976$ $p_2=0,605$ $p_3=0,709$
Предшествующий опыт страха врачей (кроме зубных) (абс;%(95%ДИ))	17; 17,0% (10,2%- 25,1%)	4; 13,3% (3,5%- 28,3%)	5; 16,7% (5,4%- 32,6%)	$p_1=0,842$ $p_2=0,818$ $p_3=1,0$
Страх крови, когда идёт кровь	0(0;2)	1(1;2)	1(1;2)	$p_1=0,039$ $p_2=0,001$ $p_3=0,101$
Предшествующий опыт страха крови (абс;%(95%ДИ))	39; 39,0% (29,6%- 48,8%)	27; 90,0% (76,3%- 98,2%)	28; 93,3% (81,2%- 99,4%)	$p_1<0,001$ $p_2<0,001$ $p_3=1,0$
Страх уколов	2(0;2)	2(2;3)	3(2;4)	$p_1=<0,001$ $p_2=<0,001$ $p_3=0,111$
Предшествующий опыт страха уколов (абс;%(95%ДИ))	63; 63,0% (53,2%- 72,3%)	29; 96,7% (86,9%- 100,0%)	28; 93,3% (81,2%- 99,4%)	$p_1<0,001$ $p_2<0,001$ $p_3=1,0$
Страх боли	2(0;3)	3(2;4)	3(2;4)	$p_1=0,017$ $p_2<0,001$ $p_3=0,118$
Предшествующий опыт страха боли (абс;%(95%ДИ))	64; 64,0% (54,3%- 73,2%)	23; 76,7% (59,4%- 90,3%)	25; 83,3% (67,4%- 94,6%)	$p_1=0,273$ $p_2=0,062$ $p_3=0,750$
Страх резких громких звуков	0(0;1)	3(2;4)	4(3;4)	$p_1=0,001$ $p_2=0,001$ $p_3=0,013$

Примечание: статистические различия вычислялись с применением W-критерия Вилкоксона; при расчете интервальных значений и сравнении доли для двух групп применялось угловое преобразование Фишера (с учетом поправки Йейтса); p_1 – уровень значимости статистических различий между группами 1 и 2; p_2 – уровень значимости статистических различий между группами 1 и 3; p_3 – уровень значимости статистических различий между группами 2 и 3.

Страх войны в исследуемой группе детей с аутизмом статистически значимо ($p<0,001$) ниже, чем у здоровых и тревожных обследуемых (Таблица

3.2.4). Показатель интенсивности страха в группах детей с аутизмом, здоровых и детей с тревожными проявлениями был соответственно 0(0;2) 3(3;3) 4(3;4).

Наличие предшествующего опыта страха войны также продемонстрировало достоверные отличия в группах. В группе детей с РАС он был достоверно ($p<0,001$) ниже, чем у группы здоровых и тревожных обследуемых. Высокая интенсивность страха войны вполне объяснима, учитывая тот факт, что дети проживают в условиях хронического психосоциального стресса (военных действий). При этом, интересно, что аутичные дети не боятся войны, никак не реагируют на шум обстрелов. У них не возникает паника, когда родственники начинают прятаться в укрытия [82].

Интенсивность страха уколов в группе детей с РАС достоверно ниже по сравнению со здоровыми ($p<0,001$) и тревожными ($p<0,001$) обследуемыми (Таблица 3.2.4). Показатель интенсивности страха уколов у детей с аутизмом составил 2(0;2), в группе здоровых детей – 2(2;3), тревожных детей – 3(2;4). Наличие предшествующего опыта страха уколов также продемонстрировало достоверные отличия в группах. При наличии РАС он был достоверно ($p<0,001$) ниже, чем у групп здоровых и тревожных детей.

Для большинства детей уколы ассоциируются с болью, поэтому они могут испытывать страх перед данной процедурой. Дети не всегда понимают, зачем им нужен укол, и как он поможет им, что также часто вызывает страх. Для многих детей процедура укола является неизвестной и непонятной, что также способствует возникновению страха. Дети могут «подхватить» страх от родителей, окружающих или даже от медицинских работников, что также усиливает их собственный страх.

Как видно из таблицы 3.2.4, интенсивность страха резких звуков в группе детей с РАС достоверно ниже по сравнению со здоровыми ($p<0,001$) и тревожными ($p<0,001$) обследуемыми (Таблица 3.2.4). Показатель интенсивности страха резких звуков в группе детей с аутизмом составил 0(0;1), здоровых детей – 3(2;4) и тревожных детей – 4(3;4). Дошкольники часто боятся громких внезапных звуков. Они находятся в процессе активного обучения и привыкания к

окружающему миру. Громкие или неожиданные звуки могут восприниматься как угроза, вызывая страх и тревогу. Дети дошкольного возраста, как правило, не имеют полного контроля над своим окружением и могут не понимать, откуда исходит звук, и почему он возникает, что усиливает их страх. Дети могут перенимать страхи от взрослых или других детей. Если в их окружении кто-то проявляет страх перед громкими звуками, они также могут начать реагировать на это с тревогой.

В данном случае ситуация усугубляется проживанием в условиях наличия специфических звуковых феноменов. Дети, находящиеся в условиях ведения боевых действий, постоянно слышат звуки разрывов снарядов, пролета самолетов, стрельбы артиллерийских орудий. Все они являются предвестниками возможной опасности. Поэтому дети, имеющие опыт проживания в Донбассе в период боевых действий, боятся салютов, приседают при звуке ожидаемых приветственных залпов орудий, вздрагивают при хлопках двери, даже находясь далеко от боевых действий, уехав к родственникам на оздоровление или отдых. Они могут расплакаться при внезапном гудке отъезжающего поезда, хотя прекрасно осознают неуместность их эмоциональной реакции. Т.е., опыт нахождения в зоне боевых действий сформировал определенный стиль поведения у таких детей.

Дети с аутизмом могут демонстрировать широкий спектр реакций на сенсорные раздражители, включая звуки. В то время как некоторые аутисты испытывают гипочувствительность к громким звукам, другие проявляют повышенную чувствительность. При аудиальной гипосенситивности аутисты могут не реагировать на громкие звуки так, как реагируют нейротипичные люди. Например, они могут не проявлять тревогу или заметную реакцию на громкие шумы, которые испугали бы большинство людей, или могут игнорировать их совсем. Это, возможно, связано с особенностями обработки сенсорной информации в мозге людей с аутизмом. Некоторые исследования показывают, что такая низкая чувствительность к звукам, возможно, связана с различиями в

способах обработки звуковой информации, а также с индивидуальными различиями восприятия и внимания [56].

Дети склонны испытывать страх перед кровью из-за непонимания того, что это такое, откуда она идет, и что она означает для их здоровья. Для многих детей кровь ассоциируется с болезнями, травмами и страданиями, что часто вызывает у них страх и беспокойство. Дети дошкольного возраста еще не развили полностью способность воспринимать и понимать боль, поэтому кровь для них может стать символом страдания и опасности. Восприятие крови и страх перед ней также передаются родителями, окружающими взрослыми, средствами массовой информации. Страх перед кровью часто связан и с врожденным инстинктом самосохранения, который заставляет детей избегать потенциально опасных ситуаций.

Интенсивность страха «крови, когда идет кровь» в группе детей с аутизмом достоверно ниже, чем у здоровых ($p<0,05$) и обследуемых с тревожно-фобическими проявлениями ($p<0,01$) (Таблица 4.2.3). При сравнении исследуемых групп на предмет наличия предшествующего травматического опыта также были получены статистически значимые различия: у детей с аутизмом такой опыт оказался достоверно ($p<0,001$) меньше, чем у здоровых и детей с тревожно-фобическими проявлениями.

Как видно из таблицы 3.2.3, медианные значения страха «в маленькой тесной комнате» в исследуемых группах составляли 0 (0;0), 1(0;1), 1(0;1) в группах детей с аутизмом, здоровых и группе тревожных обследуемых, соответственно. Нами установлено, что интенсивность страха «в маленькой тесной комнате» у детей с расстройствами спектра аутизма была достоверно ($p<0,05$) ниже, чем у здоровых и тревожных детей. В данном случае не выявлено статистически значимых различий в исследуемых группах при сравнении наличия предшествующего опыта.

Медианные значения страха боли в исследуемых группах составляли 2 (0;3), 3(2;4), 3(2;4) у детей с аутизмом, здоровых и тревожных обследуемых, соответственно (Таблица 3.2.4). Нами установлено, что интенсивность страха

боли у детей с расстройствами спектра аутизма была достоверно ниже, чем у тревожных детей ($p<0,001$). Достоверных различий при сравнении наличия предшествующего опыта не выявлено.

Интенсивность страха высоты у детей с РАС была достоверно ниже, чем у здоровых ($p<0,05$) и обследуемых с тревожно-фобическими проявлениями ($p<0,01$). Страх высоты у детей – это один из тех страхов, который часто определяется и у их родителей [24, с. 112-114].

Интенсивность страха глубины достоверно ниже у детей, страдающих аутизмом, по сравнению с группой здоровых ($p<0,05$) и тревожных ($p<0,001$) обследуемых (Таблица 3.2.4). Дети в дошкольном возрасте имеют мало опыта и понимания того, как «работает» мир вокруг них. Из-за этого им бывает страшно ощущать, что нет никакой опоры или защиты при столкновении с глубокими пространствами, такими как вода или яма. Дети способны испытывать страх глубины из-за того, что не могут видеть находящееся внизу или внутри. Страх глубины у детей – также один из тех страхов, который часто определяется у их родителей [24, с. 112-114].

Медианное значение страха перед фантастическими персонажами (Бабой-Ягой, Кощеем и Змеем Горынычем, чудом-юдом т.д.) в исследуемой группе детей, страдающих аутизмом, было статистически значимо меньше ($p<0,05$) по сравнению с тревожными обследуемыми (Таблица 3.2.4). Баба Яга и Змей Горыныч – это популярные персонажи русских народных сказок, часто изображаемые как злые и опасные. Дети в дошкольном возрасте активно воспринимают и усваивают сказочный материал, и такие образы могут вызывать у них страх. В этом возрасте малыши развиваются свое воображение, что делает их более восприимчивыми к жутким и странным образам. Они могут воспринимать персонажей как реальные угрозы и бояться их. Дошкольники часто боятся того, чего не понимают. Сказочные персонажи, обладающие магическими способностями или незнакомыми чертами, могут вызывать тревогу из-за их непредсказуемости. Психика дошкольников еще неустойчива, и они могут

проявлять страх по поводу разных вещей, в том числе, сказочных персонажей. Это нормальная часть их эмоционального и психологического развития.

Подход к страхам и фобиям у детей с аутизмом может отличаться от такового у нейротипичных детей. У маленьких пациентов с расстройствами аутистического спектра могут наблюдаться специфические страхи, включая страхи, связанные с персонажами из культурных и фольклорных традиций. Многие дети с аутизмом способны испытывать сильные страхи по отношению к персонажам, которые вызывают у них ассоциации с угрозой или неопределенностью. Понимание сказочных историй и вымышленных персонажей у детей с аутизмом может быть затруднено. Их страх вызывает не только сам персонаж, но и отсутствие ясных границ между реальностью и фантазией.

Показатель интенсивности страха машин, поездов, самолетов в группе детей с аутизмом составил 0 (0;0), в группе здоровых детей – 0 (0;1), в группе тревожных детей – 0(0;1). В сравниваемых группах не было выявлено достоверных различий (Таблица 3.2.3). При сравнении наличия предшествующего травматического опыта, повлиявшего на формирование данного страха, получены достоверные отличия в исследуемых группах. Показатель наличия предшествующего опыта у детей с аутизмом был достоверно ($p<0,001$) ниже, чем в группах здоровых и тревожных детей. Нормотипичные дети боятся самолета потому, что «трясло в нем и было страшно», когда самолет попал в зону турбулентности, «испытывал неприятные ощущения во время взлета и посадки». Или же девочка описывает неприятный опыт: «Опоздали на электричку, двери поезда закрылись перед носом. Я очень боялась, а потом расстроилась». Девочка вспоминает, как в состоянии эмоционального стресса сожалела о случившемся. После этого испытывает страх поездов. Один мальчик объясняет свой страх тем, что в прошлом был эпизод, когда не могли сразу найти нужный поезд, блуждали по вокзалу. После этого он избегает поездки в поездах. Еще родители приводят примеры того, как ребенок чуть было не попал под машину. После этого боится машин, проезжей части дороги. Т.е., страхи у нормотипичных детей отражали предыдущий травматичный опыт. Пример же

подобного страха у аутистов: ребёнок устраивает истерику при виде приближающегося автобуса; нет возможности усадить его в транспорт. Родители не могут установить причину такого поведения, того, что именно оказывает устрашающее воздействие. Не у всех детей с аутизмом это постоянный вид поведения. Часто родители отмечают, что данное поведение может быть связано с настроением, иногда они говорят: «Вот по дороге из дома идем к остановке, и уже понятно по поведению, что сегодня будут трудности с поездкой в транспорте». Одна родительница усматривала возможную причину страха машин в наличии «большого количества людей в автобусе, или может быть много людей, когда стоят». Хотя правило садиться в пустой автобус не всегда обеспечивало то, что гарантированно можно будет доехать в назначенное место. Одна мать аутичного ребенка определила, что «когда его подсадишь и поставишь на ступеньку автобуса, потом истерика заканчивается». Страхи, возникающие у детей с аутизмом, трудно объяснить. Например, родители детей с РАС иногда отмечают, что ребенок однажды чуть не попал под едущую машину. Опыт не зафиксировался. И снова малыш стремится убежать на прогулке. И бежит на проезжую часть. Машины не страшат.

Интенсивность страха бури, урагана, наводнения, землетрясения в исследуемой группе достоверно ниже у детей, страдающих аутизмом, по сравнению с группами здоровых ($p<0,05$) и тревожных ($p<0,001$) детей. Дошкольники испытывают страх перед стихийными бедствиями, такими как бури, ураганы, наводнения, землетрясения из-за незнания и непонимания происходящего. Они не могут объяснить себе причины таких явлений и не могут контролировать ситуацию, что вызывает у них страх и беспокойство. Кроме того, такие дети могут быть испуганы медиаинформацией, которая постоянно сообщает о различных природных катастрофах. Отсутствие знаний о том, как правильно себя вести в случае аварии, также может усугублять страх. Малыши могут, кроме того, перенимать страх от своих родителей или окружающих взрослых, которые сами испытывают тревогу по поводу возможности стихийных бедствий.

Сравнение интенсивности страха огня в исследуемых группах не показало достоверных отличий. Наличие предшествующего опыта страха огня в исследуемой группе детей с аутизмом было достоверно ($p<0,05$) ниже по сравнению с группой здоровых детей и ниже, чем у тревожных детей ($p<0,01$) (Таблица 3.2.4).

Изучение в исследуемых группах медианного значения интенсивности страхов потеряться, «мамы, папы», больших площадей, врачей (кроме зубных) не обнаружило статистически значимых различий.

Таким образом, при сравнении интенсивности страхов по опроснику А.И. Захарова получены достоверные различия интенсивности страхов в исследуемых группах.

У детей с аутизмом, в сравнении с группой здоровых детей, было достоверно меньше медианное значение интенсивности страхов остаться в одиночестве ($p<0,001$), нападения бандитов ($p<0,001$), заразиться ($p<0,001$), смерти собственных родителей ($p<0,05$), каких-то людей ($p<0,001$), наказания мамой, папой ($p<0,01$), опоздать в детский сад ($p<0,001$), животных ($p<0,05$), бури, урагана ($p<0,05$), глубины ($p<0,05$), в маленькой тесной комнате ($p<0,05$), воды ($p<0,05$), пожара ($p<0,001$), войны ($p<0,001$), крови ($p<0,05$), уколов ($p<0,001$), боли ($p<0,05$), громких звуков ($p<0,001$).

У группы детей с РАС, в сравнении с группой детей с тревожно-фобическими проявлениями, было достоверно меньше медианное значение интенсивности страхов остаться в одиночестве ($p<0,001$), нападения бандитов ($p<0,001$), заразиться ($p<0,001$), смерти ($p<0,001$), смерти собственных родителей ($p<0,001$), каких-то людей ($p<0,001$), наказания мамой, папой ($p<0,001$), фантастических персонажей($p<0,05$), опоздать в детский сад ($p<0,001$), животных ($p<0,001$), машин, поездов, самолетов ($p<0,05$), бури, урагана ($p<0,01$), высоты ($p<0,01$), глубины ($p<0,001$), маленькой тесной комнате ($p<0,05$), воды ($p<0,05$), пожара ($p<0,001$), войны ($p<0,001$), крови ($p<0,001$), уколов ($p<0,001$), боли ($p<0,001$), громких звуков ($p<0,001$).

Получены достоверные различия наличия предшествующего опыта при сравнении исследуемых групп. У детей с аутизмом достоверно ($p<0,001$) реже встречался предшествующий травматический опыт, чем у здоровых и тревожных детей, при формировании следующих видов страха: оставаться в одиночестве, опоздать в детский сад, животных, машин, поездов, самолетов. У группы детей с РАС статистически значимо реже встречался предшествующий травматический опыт формирования страха наказания родителями, чем у здоровых ($p<0,01$) и обследуемых с тревожно-фобическими проявлениями ($p<0,001$).

Полученные данные могут свидетельствовать о том, что дети с аутизмом, проживающие в условиях хронического психосоциального стресса, иначе реагируют на его воздействие, чем нормотипичные и страдающие тревожно-фобическими расстройствами невротического уровня обследуемые.

При исследовании страхов с помощью опросника А.И. Захарова «Подверженность ребенка страхам» и шкалы Children's Fear Scale установлено статистически значимо ($p<0,001$) меньшее медианное значение страхов в исследуемой группе по сравнению группой здоровых и тревожных детей. Количество страдающих аутизмом больных со страхами, превышающими допустимые в норме, было статистически достоверно меньше, чем в группах здоровых ($p<0,01$) и тревожных ($p<0,001$) детей. Обращают на себя внимание как большое медианное значение страхов у здоровых, так и удельный вес тех в данной группе, психика которых находится в состоянии перенапряжения.

В целом, дети с аутизмом, проживающие в условиях хронического психосоциального стресса, продемонстрировали более низкое количество страхов по сравнению с обследуемыми здоровой и тревожной групп.

Страхи у обследованных нами психически здоровых детей, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса, клинически не проявлялись, и для родителей их большое количество было удивительным, что может объясняться наличием «невидимых» страхов. У таких детей ключевым является страх перед смертью, физическим повреждением [88].

В группе с тревожно-фобическими проявлениями удельный вес страхов был похожим, с тем отличием, что у данных детей происходил срыв адаптационных возможностей психики, и страхи проявлялись клинически.

Наибольший удельный вес при аутизме продемонстрировали страхи собственной смерти (74,0 %) и смерти родителей (69,0%), страх животных (66,0%). Также у этих обследованных отмечен высокий удельный вес страхов уколов, боли, имеющих преимущественно условно-рефлекторную природу происхождения. Наименьшим удельным весом при данной патологии обладали страхи опоздать в детский сад (3,0 %), воды (8,0%), больших улиц (11,0%), врачей (16,0%), родителей (17,0%), машин, поездов (20, %), в тесной комнате (23,0%), войны (27,0%), резких звуков (27,0%). У обследованных с аутизмом частота имеющих наибольший удельный вес «стрессовых» (собственной смерти, смерти своих родителей) и «условно-рефлекторных» страхов была, тем не менее, меньшей, чем в группах здоровых и тревожных детей, также проживающих в условиях хронического психосоциального стресса.

У детей с аутизмом, в сравнении с группой здоровых детей, было достоверно меньше медианное значение интенсивности страхов оставаться в одиночестве ($p<0,001$), нападения бандитов ($p<0,001$), заразиться ($p<0,001$), смерти собственных родителей ($p<0,05$), каких-то людей ($p<0,001$), наказания мамой, папой ($p<0,01$), опоздать в детский сад ($p<0,001$), животных ($p<0,05$), бури, урагана ($p<0,05$), глубины ($p<0,05$), в маленькой тесной комнате ($p<0,05$), воды ($p<0,05$), пожара ($p<0,001$), войны ($p<0,001$), крови ($p<0,05$), уколов ($p<0,001$), боли ($p<0,05$), громких звуков ($p<0,001$).

При РАС, в сравнении с группой детей с тревожно-фобическими проявлениями, также было достоверно меньше медианное значение интенсивности страхов оставаться в одиночестве ($p<0,001$), нападения бандитов ($p<0,001$), заразиться ($p<0,001$), смерти ($p<0,001$), смерти собственных родителей ($p<0,001$), каких-то людей ($p<0,001$), наказания мамой, папой ($p<0,001$), фантастических персонажей ($p<0,05$), опоздать в детский сад ($p<0,001$), животных

($p<0,001$), машин, поездов, самолетов ($p<0,05$), бури, урагана ($p<0,01$), высоты ($p<0,01$), глубины ($p<0,001$), в маленькой тесной комнате ($p<0,05$), воды ($p<0,05$), пожара ($p<0,001$), войны ($p<0,001$), крови ($p<0,001$), уколов ($p<0,001$), боли ($p<0,001$), громких звуков ($p<0,001$).

Получены достоверные различия наличия предшествующего опыта при сравнении исследуемых групп. У детей с аутизмом достоверно ($p<0,001$) реже встречался предшествующий травматический опыт, чем у здоровых и тревожных детей, при формировании следующих видов страха: оставаться в одиночестве, опоздать в детский сад, животных, машин, поездов, самолетов. У группы детей с РАС статистически значимо реже встречался предшествующий травматический опыт формирования страха наказания родителями, чем у здоровых ($p<0,01$) и обследуемых с тревожно-фобическими проявлениями ($p<0,001$).

Полученные данные могут свидетельствовать о том, что дети с аутизмом, проживающие в условиях хронического психосоциального стресса, иначе реагируют на его воздействие, чем нормотипичные и страдающие тревожно-фобическими расстройствами невротического уровня обследуемые.

3.3. Клинико-патопсихологическая феноменология специфических фобий у детей с РАС в условиях хронического психосоциального стресса

Вышеописанные стандартизованные шкалы оказались недостаточно чувствительными в данном случае. Мы посчитали, что в условиях, когда у детей нарушена коммуникация, более ёмко оценить их состояние позволяет получение информации из различных источников. С этой целью в разработанной нами «Унифицированной клинико-эпидемиологической карте изучения психических расстройств у детей, страдающих аутизмом» психическое состояние обследуемых формализовано оценивалось по интенсивности («0» – отсутствует, «1» – незначительно выражен, «2» – умеренно выражен, «3» – значительно выражен) и частоте встречаемости («0» – отсутствует, «1» – проявляется эпизодически, «2» – проявляется часто, «3» – присутствует постоянно) каждого признака. Для проведения статистической обработки данных исследования использовано произведение указанных показателей (значение признака).

Дети с аутизмом из-за возникающего у них страха не переносят езду в городском транспорте, «устраивая истерику», что вынуждает их родителей прекращать поездку раньше, чем нужно, либо вообще делает посадку невозможной [165]. Нами установлено, что страх езды в городском транспорте в исследуемой группе встречался в 20,0 % случаев (Таблица 3.3.1) и совсем не встречался в группах здоровых и тревожных детей. Среднее значение данного признака в группе 1 – 0,5 ($SD=1,41$), в группе 2 – 0,0 ($SD=0,0$), в группе 3 – 0,0 ($SD=0,0$): оно достоверно ($p<0,05$) выше у детей, страдающих аутизмом, по сравнению со здоровыми и тревожными обследуемыми (Таблица 3.3.2).

Есть несколько возможных причин, по данным литературы, из-за которых дети с аутизмом могут испытывать страх перед ездой в городском транспорте и «проявлять истерику» во время поездки. Среди них – сенсорная чувствительность. Дети с аутизмом могут быть сверхчувствительны к различным стимулам, таким как шум, вибрация, запахи и тесные пространства, которые часто

характерны для поездок в общественном транспорте [57,101]. Также к такому поведению может приводить изменение рутины. Дети с аутизмом обычно предпочитают предсказуемость и стабильность в своей жизни. Поездка в общественном транспорте может нарушить их обычную рутину и вызвать стресс [53, с. 8, 47].

Таблица 3.3.1. - Характеристика страхов обследованных по данным «Унифицированной клинико-эпидемиологической карте изучения психических расстройств у детей, страдающих аутизмом»

№ п/п	Признак	Группа 1		Группа 2		Группа 3	
		Абсолютное	Относительное %	Абсолютное	Относительное %	Абсолютное	Относительное %
1	Страх ванны	1	1,0	0	0,0	0	0,0
2	Страх мытья	7	7,0	3	10,0	4	13,3
3	Страх лифта	13	13,0	3	10,0	6	20
4	Страх езды в городском транспорте	20	20,0	0	0,0	0	0,0
5	Страх тревожных снов с неприятными сновидениями	58	58,0	13	43,3	18	60,0
6	Наличие «наблюдения за ребенком окружающих вещей»	12	12,0	0	0,0	0	0,0
7	Плохая переносимость музыкальных представлений, детских утренников, спектаклей	39	39,0	0	0,0	0	0,0
8	Страх незнакомой обстановки	50	50,0	7	23,3	10	10,0

9	Страх пылесоса	24	24,0	2	6,7	3	10,0
10	Страх фена	21	21,0	0	0,0		0,0
11	Страх шума в водопроводных трубах	2	2,0	0	0,0	0	0,0
12	Страх миксера	12	12,0	0	0,0	0	0,0
13	Страх вентилятора	11	11,0	0	0,0	0	0
14	Страх других бытовых шумов	37	37,0	2	6,7	3	10,0
15	Страх вывешенного белья	1	1,0	0	0,0	0	0,0
16	Страх открытых дверей	10	10,0	0	0,0	0	0,0
17	Отсутствие «чувства края»	31	31,0	0	0,0	0	0,0
18	Стремление выбежать на проезжую часть	36	36,0	0	0,0	0	0,0
19	Стремление убежать на прогулке	31	31,0	0	0,0	0	0,0
20	Отсутствие естественного страха высоты	18	18,0	0	0,0	0	0,0
21	Боязнь мочиться в не предпочтаемых ребёнком условиях	6	6,0	0	0,0	0	0,0
22	Наличие онихофагии	4	4,0	7	23,3	10	33,33
23	Наличие непроизвольного подергивания век	0	0,0	0	0,0	5	26,67

Таблица 3.3.2. - Результаты статистического анализа страхов обследованных по данным «Унифицированной клинико-эпидемиологической карте изучения психических расстройств у детей, страдающих аутизмом»

№ п/п	Признак	Группа 1		Группа 2		Группа 3		Достоверн ость статистиче ских различий
		M	SD	M	SD	M	SD	
1	Страх ванны	0,04	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1=0,586$ $p^3=0,586$
2	Страх мытья	0,32	1,09	0,33	1,06	0,50	1,31	$p^1=0,953$ $p^2=0,590$ $p^3=0,451$
3	Страх лифта	0,32	0,95	0,33	1,06	1,10	2,38	$p^1=0,948$ $p^2=0,113$ $p^3<0,01^*$
4	Страх езды в городском транспорте	0,50	1,14	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1<0,05^*$ $p^3<0,05^*$
5	Страх тревожных снов с неприятными сновидениями	2,46	2,32	1,37	1,81	2,50	2,36	$p^1<0,05^*$ $p^2<0,05^*$ $p^3=0,934$
6	Наличие «наблюдения за ребенком окружающих вещей»	0,44	1,40	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1=0,089$ $p^3=0,089$
7	Непереносимость музыкальных представлений, детских утренников, спектаклей	2,39	3,23	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1<0,001^*$ $p^3<0,001^*$
8	Страх незнакомой обстановки	2,43	2,74	0,70	1,41	1,43	2,12	$p^1<0,01^*$ $p^2=0,122$ $p^3=0,070$
9	Страх пылесоса	1,42	2,71	0,10	0,40	0,43	1,38	$p^1<0,001^*$ $p^2=0,210$ $p^3=0,058$
10	Страх фена	0,86	1,76	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1<0,01^*$ $p^3<0,01^*$
11	Страх шума в	0,08	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1=0,439$

	водопроводных трубах							$p^3 = 0,439$
12	Страх миксера	0,73	2,14	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1 = 0,064$ $p^3 = 0,064$
13	Страх вентилятора	0,56	1,75	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1 = 0,083$ $p^3 = 0,083$
14	Страх других бытовых шумов	1,88	2,75	0,07	0,25	0,13	0,43	$p^1 < 0,001^*$ $p^2 = 0,470$ $p^3 < 0,001^*$
15	Страх вывешенного белья	0,09	0,90	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1 = 0,586$ $p^3 = 0,586$
16	Страх открытых дверей	0,38	1,20	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1 = 0,085$ $p^3 = 0,085$
17	Отсутствие «чувства края»	1,57	2,62	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1 < 0,01^*$ $p^3 < 0,01^*$
18	Стремление выбежать на проезжую часть	1,31	1,90	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1 < 0,001^*$ $p^3 < 0,001^*$
19	Стремление убежать на прогулке	1,18	1,94	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1 < 0,01^*$ $p^3 < 0,01^*$
20	Отсутствие естественного страха высоты	1,02	2,40	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1 < 0,05^*$ $p^3 < 0,05^*$
21	Боязнь мочиться в не предпочитаемых ребёнком условиях	0,33	1,39	0,00	0,00	0,00	0,00	$p^1 = 0,196$ $p^2 = 0,321$ $p^3 = 0,196$
22	Наличие онихофагии	0,19	0,97	1,33	2,60	1,87	2,91	$p^1 < 0,001^*$ $p^2 = 0,457$ $p^3 < 0,001^*$
23	Наличие непроизвольного подергивания век	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70	1,64	$p^2 < 0,05^*$ $p^3 < 0,001^*$

p^1 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;

p^2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;

p^3 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения.

Устрашающее воздействие на обследуемых группы 1 оказывало все, что каким-либо образом связано с музыкой – просмотр театральных представлений с музыкальным сопровождением, участие в исполнении песен и танцев под музыку [85]. Это состояние в разной степени выраженности отмечалось в 39,0 % случаев в исследуемой группе (среднее значение указанного показателя составило 2,39, SD=3,23) и не встречалось в группах 2 и 3 (данное среднее значение, соответственно, составило 0,0, SD=0,0) (Таблица 3.3.1, 3.3.2). Показатель плохой переносимости музыкальных представлений, детских утренников, спектаклей в группе детей с расстройствами спектра аутизма оказался достоверно выше ($p<0,001$) (Таблица 3.3.2), чем у здоровых детей и у детей с тревожно-фобическими проявлениями.

В целом, музыкальные звуки и ритмы могут перегружать нервную систему детей с аутизмом, и поэтому важно учитывать их особенности и ограничения при организации музыкальных мероприятий для них. Дети с аутизмом специфически воспринимают и обрабатывают информацию, в том числе, звуковую. Музыка как один из видов звукового воздействия, может оказывать на них устрашающее воздействие. Это может быть связано с особенной чувствительностью к звукам. Дети с аутизмом часто имеют повышенную чувствительность к звуковым стимулам, что является причиной возникновения у них стресса, дискомфорта или даже паники при прослушивании музыки [108, с. 2]. По данным некоторых авторов, такое поведение также может быть вызвано неспособностью к адаптации: дети с аутизмом склонны испытывать трудности с адаптацией к новым ситуациям и ощущениям, что делает для них сложным участие в музыкальных мероприятиях. Кроме того, большое значение имеют ограничения в коммуникации. Для детей с аутизмом социальное взаимодействие и коммуникация достаточно сложны, и участие в музыкальных мероприятиях, требующих общения с другими людьми, связано у них с возникновением страха и беспокойства: «Дети, испытывающие трудности в общении, могут уходить от социальных ситуаций или использовать социально неприемлемое (часто очень эффективное) поведение, чтобы донести свои мысли до других» [87].

Страх фена отмечен у 21,0 % детей с аутизмом и не встречался в группах 2 и 3 (Таблица 3.3.1). Среднее значение данного показателя в группе 1 составило 0,86 ($SD=1,76$), а в группах 2 и 3 – 0,0 ($SD=0,0$). Страх фена в группе детей с расстройствами спектра аутизма оказался статистически значимо выше ($p<0,01$) (Таблица 3.3.2), чем у здоровых и у тревожных детей.

В исследуемой группе 37 (37,0 %) больных боялись различных бытовых шумов (таб. 3.3.1), в то время, как в группе тревожных обследуемых детей с такими страхами было выявлено лишь 3 (10,0 %), а в группе 2 встретилось только 2 (6,7%) человека с такими страхами. Среднее значение данного показателя у детей с аутизмом составило 1,88 ($SD=2,75$), в группе 3 – 0,13 ($SD=0,43$), а в группе 2 – 0,06 ($SD=0,25$) (Таблица 3.3.2). Страх бытовых шумов у детей с аутизмом был достоверно выше ($p<0,001$), чем у здоровых и обследуемых с тревожно-фобическими проявлениями (Таблица 3.3.2).

Дети с аутизмом часто имеют более чувствительные реакции на звуковые стимулы из-за особенностей их нервной системы. Поэтому они могут бояться различных бытовых шумов, таких как звук дверного звонка, пылесоса, микроволновой печи и т.д. Такие звуки способны вызывать у них чувства тревоги, беспокойства и дискомфорта. Для детей с аутизмом характерно наличие перенасыщенности информацией и трудностей с фильтрацией внешних стимулов, что может приводить к перегрузке сенсорных систем. Существует расхождение во мнениях исследователей в отношении того, что является причиной такой реакции. Одни считают, что у детей с аутизмом фиксируется нарушение сенсорного восприятия, сводимое к простой гиперчувствительности [12, с 8]. Другие же склоняются к мысли, что у аутистов нарушена фильтрация поступающей сенсорной информации. Например, О.Б. Богдашина отмечает: «Существует множество подтверждений тому, что на уровне восприятия многие люди с аутизмом не способны различить главные и побочные сенсорные стимулы. Они воспринимают всё без фильтрации и отбора. Это приводит к парадоксальному феномену: сенсорная информация одновременно воспринимается и бесконечно детально, и целостно. Этот феномен можно описать как «гештальт-восприятие» –

одновременное восприятие всей сцены как единого целого, при этом, все детали воспринимаются (но не обрабатываются). Люди с аутизмом постоянно подвергаются «бомбардировке» сенсорными стимулами. При этом, они часто не способны фильтровать информацию, получаемую их органами чувств. Их реакция на эту «бомбардировку» может выражаться в форме специфических телесных движений, которые известны как «аутичное поведение» [12, с. 10].

Дети с расстройствами спектра аутизма воспринимают полученный ранее опыт при встрече с опасными явлениями, не фиксируя его. Прошлый жизненный опыт не трансформируется в приспособительную защитную реакцию страха, которая защищает организм от опасных ситуаций. При попадании в дальнейшем в подобную опасную ситуацию у детей с РАС отсутствует «чувство края». О.С. Никольская отмечает, что, не испытывая страха, такой ребенок может без колебаний забираться на неустойчивую лестницу, стоять на краю подоконника, взбираться на батарею или балансировать на перилах. Иногда такие дети могут заплывать далеко в воду или убегать вдали по парковой дорожке, не останавливаясь и не оглядываясь [19, с. 66]. Ребенок с РАС может выбегать на проезжую часть дороги, хотя ранее сталкивался с ситуацией, в которой он мог попасть под колеса автомобиля. Или же он не опасается высоты, находясь на детской горке, хотя ранее падал с нее. Пятилетний аутичный мальчик, убежав из дома, прибегал на крутой берег озера и выбрасывал туда обувь, не боясь упасть в воду. От падения в озеро его спасало быстрое появление родителей, которые взяли ситуацию под свой контроль. При этом, такое «бесстрашие» у одного пациента сочеталось с жуткой боязнью попадания воды на лицо.

В нашем исследовании отсутствие «чувства края» отмечено в 31,0 % случаев у аутистов и не выявлено в группах здоровых и тревожных детей (Таблица 3.3.1). Среднее значение данного показателя в группе 1 составило 1,56 ($SD=2,62$), а в группах 2 и 3 – 0,0 ($SD=0,0$). Показатель отсутствия «чувства края» был достоверно ($p<0,01$) выше в группе детей с аутистическими проявлениями по сравнению со здоровыми и тревожными детьми (Таблица 3.3.2).

Стремление выбежать на проезжую часть присутствовало в 36,0 % случаев в исследуемой группе и отсутствовало в группах 2 и 3 (Таблица 3.3.1). Среднее значение данного показателя в группе 1 составило 1,31 ($SD=1,90$), в группах 2 и 3, соответственно, – 0,0 ($SD=0,0$). Стремление выбежать на проезжую часть было статистически значимо ($p<0,001$) выше у детей с аутистическими проявлениями по сравнению с группами здоровых и тревожных обследуемых (Таблица 3.3.2).

Стремление убежать на прогулке отмечалось у 31,0 % больных исследуемой группы и не было выявлено в группах 2 и 3 (Таблица 3.3.1). Среднее значение указанного показателя в группе 1 составило 1,18 ($SD=1,94$), в группах 2 и 3 – 0,0 ($SD=0,0$). Стремление убежать на прогулке было достоверно ($p<0,01$) выше у детей с аутистическими проявлениями по сравнению с контрольной группой и группой сравнения (Таблица 3.3.2).

Отсутствие естественного страха высоты отмечалось у 18,0 % больных исследуемой группы и не встречалось в группах 2 и 3 (Таблица 3.3.1). Среднее значение показателя отсутствия естественного страха высоты в исследуемой группе составило 1,02 ($SD=2,40$). В группах 2 и 3 данное значение было 0,0, и стандартное отклонение составило 0,0. Отсутствие естественного страха высоты в группе детей с РАС оказалось достоверно ($p<0,05$) более выражено, чем у здоровых детей и детей с тревожно-фобическими проявлениями (Таблица 3.3.2).

У некоторых детей с РАС наблюдается слабость инстинкта самосохранения. Данное поведение может представлять опасность для жизни. Для аутичных детей характерны настойчивые попытки вылезти из манежа или детской коляски, не обращая внимания на опыт падений, и проявления упорства в таком стремлении. Возможно, отсутствие «чувства края» у детей с аутизмом связано с нарушениями в системе тактильной чувствительности. Дети с аутизмом могут иметь проблемы с обработкой информации о собственном теле и его окружении, что приводит к тому, что им трудно ощущать границы своего тела и окружающих предметов.

Современные концепции психологии развития предполагают, что на первых этапах формирования личности ребенка происходит выделение себя из окружающего мира за счет опыта восприятия своего физического тела. Это и есть

так называемое "экологическое Я", которое отражает отношение к себе применительно к физическому окружению. Исследования показывают, что к 3 годам дети имеют представление как о своем внешнем теле, так и о своем внутреннем "Я". Физическое тело играет важную роль в системе представлений о себе, содержащей образ и схему тела. Образ тела включает оценку физического "Я", в то время как схема тела определяет границы тела и соотношение его частей [73]. Дети с аутизмом из-за нарушений в сенсорной сфере и обработке информации могут иметь нарушения в понимании себя и окружающего мира и отсутствие границ между ними, т.е., у таких детей нарушен механизм формирования субъектности [73]. Это может привести к тому, что дети с аутизмом не чувствуют боли, не могут точно определить свое положение в пространстве и испытывают затруднения с координацией движений.

Наблюдаемая слабость инстинкта самосохранения у детей с аутизмом может быть также связана с эмоциональными нарушениями. У детей с аутизмом возникают трудности с пониманием социальных сигналов и эмоций других людей, включая реакции на опасные ситуации. Это потенциально связано со снижением осознания риска, что искажает восприятие потенциальных опасностей [73].

Возможно, отсутствие чувства опасности связано с повышенным интересом к определенным видам активности или физическим объектам, способным пересиливать чувство страха. Например, аутисты могут быть более склонны исследовать высоту, увлекаясь этим процессом.

А.И. Захаров считает, что «отсутствие чувства опасности и страхов вызвано органическим поражением головного мозга в результате тяжелой патологии беременности и родов, повреждений при ушибах и инфекционных осложнений» [26, с. 31]. Учитывая то, что наличие патологии беременности и родов, а также гипоксических поражений головного мозга у детей с аутизмом является распространенным явлением [15], можно считать слабость инстинкта самосохранения у детей с аутизмом вполне вероятной.

Онихофагия, или привычка грызть ногти, помогает многим людям справиться со стрессом. Такое поведение часто проявляется во время нервозности, стресса, голода или скуки, но может также указывать на наличие других эмоциональных или психических проблем. Избавиться от этой привычки трудно, она может быть признаком повышенной тревожности или неспособностиправляться со стрессовыми ситуациями [110].

Наличие онихофагии в группе детей с аутизмом присутствовало у 4 человек (4,0 %), в группе здоровых детей этот симптом наблюдался у 7 человек (23,3%), а в группе тревожных – у 10 (33,3%) (Таблица 3.3.1). Среднее значение показателя наличия вредной привычки грызть ногти в группе детей с РАС составило 1,19 ($SD=0,97$). В группе 2 данное значение было 1,33 ($SD=2,60$), а в группе 3 – 1,87 ($SD=2,90$) (Таблица 3.3.2). Онихофагия у детей с РАС достоверно ($p<0,001$) менее выражена, чем в группах здоровых детей и детей с тревожно-фобическими проявлениями (Таблица 3.3.2).

Исследователи утверждают, что страх замкнутого пространства является природной реакцией на опасность и отождествляют его с инстинктом выживания. Данное состояние связано с двумя основными аспектами: страхом потери свободы и страхом умереть от удушья. Часто страх перед лифтами, закрытыми помещениями и другими тесными местами происходит из-за боязни смерти [99].

Дети с повышенной тревогой способны испытывать страх лифта из-за неуверенности. Лифт может быть незнакомым и непредсказуемым местом. Они не всегда знают, что произойдет, как долго им придется находиться в лифте, и каким образом он будет двигаться. У детей, страдающих тревожными расстройствами, потеря контроля над ситуацией способна вызывать страх. Лифтом управляют другие люди, а не сам ребенок. Для некоторых детей страх перед высотой может усиливаться в лифте, особенно, если внутри видно стекло или есть ощущение движения вниз. Если у ребенка ранее были негативные или травматические опыты с лифтами, он может испытывать страх при дальнейших поездках. О.С. Никольская считает, что страх лифта является утранированно

воспринимаемыми признаками опасности, резкого движения, ограничения пространства [19, с. 20].

Страх лифта отмечался у 13 человек (13,0 %) исследуемой группы, в группе здоровых детей этот симптом наблюдался у 3 человек (10,0%), а в группе тревожных – у 6 (20,0%) (таб.3.3.1). Среднее значение показателя страха лифта в исследуемой группе составило 0,32 ($SD=0,95$). В группе 2 данное значение было 0,33 ($SD=1,06$), а в группе 3 – 1,10 ($SD=2,38$) (таб.3.3.2). У детей с аутизмом страх лифта достоверно ниже, чем у группы детей с тревожно-фобическими проявлениями ($p<0,01$).

Полноценный сон играет важную роль в сохранении и восстановлении жизненных сил человека, отражает его физическое и психическое здоровье. У только что родившегося ребенка можно определить его нервозность не только по частым крикам, но и по беспокойному и прерывающемуся сну. В некоторых серьезных случаях, таких как родовая травма или асфиксия, ребенок может путать день с ночью, спать много, но беспокойно днем и не спать ночью, бодрствуя, играя или крича. Нервность не является единственной причиной появления отрицательных сновидений – они могут быть вызваны семейными отношениями, характером и личностью ребенка, а также неблагоприятными обстоятельствами. Все эти факторы ведут к появлению мучительных и навязчивых снов [26, с. 209].

Под тревожными снами мы понимаем те сны, в которых возникает чувство страха и ужаса, эмоциональный след таких переживаний сохраняется в памяти детей.

По нашим наблюдениям, у детей с РАС наблюдались затруднения в засыпании и пробуждении, прерывистый сон. Иногда ребенок просыпался раздражительным, капризным, упрямым, что могло сохраняться целый день. Однако имело место добавление необычных ритуалов перед отходом ко сну. Полученные данные соответствуют описанным в литературе. Интересными были также наблюдения воспитателей, которые отмечали у некоторых детей с аутизмом следующее: «как бы ребенок рассматривает что-то в окружающем пространстве перед тем, как уйти в дневной сон». Так, один мальчик в

исследуемой группе детей с аутизмом в углу за гардиной в спальне рассматривал «лиса» во время дневного сна. Другой вглядывался в сказочное животное, которое приходит к нему и сидит на груди или иногда находится рядом, когда он засыпает во время сонного часа.

К числу распространенных жалоб родителей, относящихся к нарушениям сна у детей с аутизмом, относятся сопротивление ребенка засыпанию, трудности в начале и поддержании сна, а также проявления парасомний. Родители, кроме того, могут отмечать затруднения при утреннем пробуждении, повышенную дневную сонливость и нарушения дыхания во сне. У детей с расстройствами аутистического спектра также часто наблюдаются необычные ритуалы, связанные с процессом засыпания [36].

Аутистичные дети могут просить родителей держать их на руках перед тем, как укладывать спать, лежать с ними в постели или просто сидеть рядом. Они могут настаивать на том, чтобы все члены семьи ложились спать одновременно, а также требовать, чтобы шторы задергивались определенным образом, или постельное белье укладывалось по установленным правилам. Если эти ритуалы не соблюдать, ребенок может проявлять гнев и другие эмоциональные реакции. Для таких детей также характерна плохая адаптация к даже незначительным изменениям в привычном рутинном окружении, связанном со сном, например, в изменении места для сна или интерьера. Дети с аутизмом предпочитают предсказуемость, и любые изменения в их окружении могут вызывать беспокойство, которое может «материализоваться» в виде кошмаров.

У детей с аутизмом также наблюдается более низкий порог пробуждения, который представляет собой переход к поверхностным стадиям сна или пробуждение. Это может привести к увеличению количества индуцированных пробуждений во время сна и делать сон более фрагментированным. Увеличение числа пробуждений также может способствовать возникновению различных расстройств пробуждения, таких как спутанные пробуждения,очные страхи и сомнамбулизм. У детей с расстройствами аутистического спектра часто возникают именно эти формы парасомний [36].

Страх кошмарных сновидений у детей с аутизмом может быть связан с наличием измененной сенсорной чувствительности как причины более ярких и тревожных сновидений из-за восприятия окружения и различной информации, недостаточно обработанной в сознательном состоянии.

Страх тревожных снов с неприятными сновидениями обнаружен у 58,0% детей исследуемой группы. Кошмарные сновидения тревожили 13 человек (43,3%) из группы здоровых детей и 18 человек (60,0%) из группы детей с тревожно-фобическими проявлениями (Таблица 3.3.1). Среднее значение показателя страха кошмарных снов в исследуемой группе детей составило 2,46 ($SD=2,32$). В группе здоровых детей данное значение было 1,34 ($SD=1,80$), а в группе 3 – 2,50 ($SD=2,36$) (Таблица 3.3.2). Таким образом, у группы детей с РАС страх тревожных снов с неприятными сновидениями достоверно выше, чем у группы здоровых детей ($p<0,05$) [82]. У группы детей с тревожно-фобическими проявлениями страх кошмарных сновидений также достоверно выше, чем у группы здоровых детей ($p<0,05$) (Таблица 3.3.2).

Данные, которые нами получены, не противоречат сведениям литературы. Так, А.И. Захаров считает, что дети с неврозами чаще сталкиваются с кошмарными сновидениями, чем их здоровые сверстники. Это объясняется тем, что неврозы часто сопровождаются повышенным беспокойством, эмоциональной неустойчивостью и неуверенностью в себе. Тревожные дети особенно боятся кошмаров, когда они не могут справиться с самими сильными страхами и ощущением опасности как днем, так и ночью. В целом, у здоровых детей страх кошмарных сновидений обычно проходит к старшему дошкольному возрасту. Это чувство страха может иметь более длительный характер у детей с неврозами, что говорит об их трудностях с самостоятельным решением проблем [26, с. 222].

Те дети с РАС, которые могли рассказать о своих тревожных снах, сообщают, что их во сне пугали пираты, Кошечка, Баба Яга, чудовище, монстры, герои различных мультфильмов. Особых различий персонажей из тревожных снов в исследуемой группе, у тревожных и здоровых детей установлено не было. Учитывая очень близкие значения показателя страха тревожных снов у детей с

аутизмом и группы тревожных детей можно предположить наличие тревожности у детей с РАС. Однако она проявляется особым образом.

Наличие страха незнакомой обстановки детей с аутизмом может быть связано с несколькими причинами. Дети с аутизмом часто испытывают трудности в социальном взаимодействии и понимании социальных сигналов. Новая обстановка способна вызывать у них тревогу из-за неопределенности и недостатка знакомых социальных ориентиров. Многие дети с аутизмом предпочитают структурированную и предсказуемую среду. Изменение обстановки может вызывать у них стресс и беспокойство, так как они не в состоянии предсказать, что произойдет дальше. Некоторые дети с аутизмом испытывают трудности в обработке информации и восприятии окружающей среды. Это может привести к недопониманию ими новых социальных или физических условий, что усиливает страх.

Наличие страха незнакомой обстановки в группе детей с аутизмом присутствовало у 50 человек (50,0%), в группе здоровых детей этот симптом наблюдался у 7 человек (23,3%), а в группе тревожных – у 10 (33,3%) (Таблица 3.3.1). Среднее значение показателя страха незнакомой обстановки в группе детей с РАС составило 2,43 ($SD=2,74$), в группе 2 – 0,70 ($SD=1,42$), а в группе 3 – 1,43 ($SD=2,13$) (Таблица 3.3.2). Страх незнакомой обстановки у группы детей с РАС достоверно выше, чем у группы здоровых детей ($p<0,01$) (Таблица 3.3.2).

По мнению О.С. Никольской, трудность, а в наиболее тяжелых случаях и невозможность, на протяжении долгого времени расширить привычные каналы взаимодействия ребенка с окружением, отсутствие малейшей гибкости в его адаптации, крайний консерватизм детей с аутизмом – это проявление чрезмерной стереотипности. Стереотипное поведение аутичных детей, представляет собой один из наиболее доступных способов адаптироваться к окружающему миру, обеспечивая ощущение стабильности, предсказуемости и надежности. Наличие даже самых простых стереотипов в поведении такого ребенка указывает на то, что он достиг определенного уровня взаимодействия с окружающей средой [19, с. 94-95].

Страх пылесоса фиксировался у 24,0 % детей исследуемой группы. Пылесоса боялись также 3 человека (10, 0%) из группы детей с тревожно-фобическими расстройствами и 2 человека (6,7 %) из группы здоровых детей (Таблица 3.3.1). Среднее значение страха пылесоса в группе детей с аутизмом составило 1,42 ($SD=2,72$). В группе здоровых детей данное значение было 0,10 ($SD=0,40$), а в группе 3 – 0,43 ($SD=1,38$) (Таблица 3.3.2). Таким образом, у детей с РАС страх пылесоса статистически значимо выше, чем у здоровых детей ($p<0,01$) (Таблица 3.3.2). Обращает на себя внимание то, что у обследованных нами здоровых и тревожных детей страх пылесоса появился после предыдущего травматического опыта, а у детей с РАС не фиксировалось объяснимой пугающей ситуации. В одном случае мальчик из группы здоровых детей играл со старшим братом, и брат начал его пугать, направляя трубу включенного пылесоса на малыша. Последний, ощущив неприятные тактильные ощущения, стал бояться пылесоса. В дальнейшем страх сохранялся, и ребенок убегал подальше от пылесоса в другие помещения при его включении. В другом случае девочки из группы детей с тревожно-фобическими расстройствами, не ожидая включения пылесоса, испугалась резкого внезапного звука работы двигателя. В дальнейшем она начала бояться пылесоса, хотя до этого включенный пылесос ей не мешал. Однако бывают случаи, когда обычные дети, как правило, в возрасте 2-4 лет, как бы без видимой причины, демонстрируют боязнь предметов, издающих звуки двигателя. Обычно это транзиторные состояния, которые проходят самостоятельно. В случае же детей с аутизмом эти страхи более высокой интенсивности и стойкости, они гораздо тяжелее поддаются коррекции.

О.С. Никольская, описывая страхи у аутичных детей, отмечает: «Общей чертой этих конкретных страхов является их жесткая фиксация – они остаются актуальными на протяжении многих лет. При этом, их сила может не угасать со временем: ребенок, попав в ситуацию, аналогичную той, в которой он когда-то испугался, или увидев однажды испугавший его объект, снова переживает страх в полной мере. Мы не всегда способны определить конкретную причину страха, но замечаем, что ребенок встревожен или испуган» [19, с. 72].

Наличие непроизвольного подергивания век отсутствовало в группе детей с аутизмом и в группе здоровых детей. В группе тревожных детей этот симптом был зафиксирован у 5 человек (26,7%) (Таблица 3.3.1). Среднее значение показателя наличия непроизвольного подергивания век в группе 3 составило 0,70 ($SD=1,64$) (Таблица 3.3.2). Непроизвольное подергивание век у группы тревожных детей было достоверно более выражено, чем у здоровых детей ($p<0,05$) и при РАС ($p<0,001$) (Таблица 3.3.2). Полученные данные нуждаются в особой интерпретации в связи со следующей имеющейся в литературе информацией.

Высокий IQ (≥ 70) был достоверно связан с тикозными расстройствами у лиц с РАС. Более того, тяжесть основных и сопутствующих симптомов РАС достоверно связана с симптомами тика. Полученные результаты свидетельствуют о том, что коморбидные тикозные расстройства чаще встречаются у детей с РАС, чем в общей популяции. Поэтому важно тщательное наблюдение за коморбидными тикозными расстройствами у лиц с РАС, особенно у тех, у кого нет умственных отклонений [117].

Следует отметить, что в вышеуказанном источнике рассматривается все множество тиков – как вокальных, так и моторных, в том числе, эхолалия, которая характерна для аутистов. В нашем исследовании эхолалия как тикозное проявление не расценивалось на основании диагностических указаний рубрики F95 («Тикозные расстройства») МКБ-10, где отмечается: «Отсутствие ритмичности позволяет дифференцировать тики от стереотипных повторяющихся движений, наблюдаемых при некоторых случаях аутизма или при умственной отсталости».

Мы обратили внимание на определенный симптом, который присутствовал у детей в третьей группе. В этой группе родители отмечали, что у ребенка после испуга начинал дергаться глаз. Речь идет о непроизвольном подергивании верхнего или нижнего века. Ребенку это не доставляло особых неприятностей. В определение тика входит подергивание мышц глаза: тиком называются быстрые, непроизвольные, стереотипно повторяющиеся движения определенных

мышечных групп или, по–другому, разнообразные автоматизированные привычные элементарные движения. Чаще это относится к мышцам лица: моргания, мигания, наморщивание, нахмуривание лба, шмыганье носом, раздувание крыльев носа, облизывание губ, растягивание рта, чмоканье, «гримасы» [97]. Мы говорим об изолированном подергивании мышц век. Т.е., если рассматривать развитие тика как симптома, то это завершенное действие, которое выполняет человек. Ю.А. Фесенко указывает в отношении тиков: «Субъективно дети оценивают их как своеобразную «привычку», нередко считают её болезненной (относятся критически), но в отличие от больных с навязчивыми движениями обычно не пытаются активно эту «привычку» преодолеть. При тиках навязчивого характера ребенок осознает их чуждость, он борется с ними («надоели, устал от них»)» [117]. Вначале эта привычка имеет под собой рациональную основу. Ю.А. Фесенко отмечает в этой связи: «Говоря иначе, развитие тиков можно представить так: сначала они возникают по определенному поводу, к примеру, появляются подергивания шеей, как бы освобождающие от тугого воротничка, галстука, или движения туловищем в связи со стягивающей резинкой трусов. Дети могут облизывать губы при их сухости или нахмуривать лоб при длинных, закрывающих глаза волосах. У детей очень быстро подобные действия закрепляются по типу патологической условной связи и в дальнейшем повторяются уже без внешнего раздражителя. Иногда тики – это следствие определенных заболеваний. Например, моргание возникает в результате перенесенного конъюнктивита. Позже эти движения закрепляются и остаются надолго после того, как воспалительный процесс в области глаз стихает» [97]. В дальнейшем патологическое состояние может привести к развитию полноценного тика. Мы же выделили симптом, который еще не является полноценным тиком. Его ошибочно можно спутать с таковым. Непроизвольное подергивание века происходит самостоятельно вне участия воли и внимания человека. Развитие этого симптома связывают со стрессом, переутомлением, хотя упоминаются и другие причины [64]. Нам показался интересным данный симптом в связи с тем, что родители тревожных детей, обращаясь за помощью к психиатру, жаловались

на испуг детей, полученный в результате обстрелов во время боевых действий в Донбассе. Часто они подчеркивали глубину ситуации наличием указанного симптома. В данном случае этот симптом можно было трактовать как свидетельство перенапряжения психики детей. В МКБ-10 отмечено, что тики усиливаются при стрессе [37].

Во время непосредственного обследования напряжение психических процессов у детей с аутизмом и групп здоровых и тревожных детей проявляется по-разному. Аутичного ребенка, если ему надоело, не представляется возможным принудить выполнять задание дальше. Единственный способ сделать это – прийти завтра. Ребенок же обычный или из группы тревожных в указанном случае начинает ёрзать на стуле, допускать ошибки, часто отвлекаться, утомляться и «канючить». Т.е., он утомился, и, если ему дать отдохнуть, способен продолжить обследование. Аутисты начинают делать то, что хотят, не обращая внимание на обследующего. Никакие действия не вовлекают ребенка в обследование. Один мальчик из исследуемой группы во время работы с ним в течение 10 минут терял интерес к происходящему и переставал участвовать в данном процессе. Попытки привлечь его внимание не приносили успеха. Приходилось делать паузу до следующего дня. Так продолжалось несколько раз. В дальнейшем мальчик, заметив обследующего, при появлении последнего в помещении, перестал реагировать на отклик и не шёл работать с ним. При попытке увести его за руку упорно не вставал со стула и продолжал не замечать данное стремление. Когда намерения исследователя становились настойчивыми, он сказал: «Уйди». Это вызвало большое удивление, т.к. мальчик не произносил ранее в детском саду даже звукоподражаний. Обследование удалось продолжить только через неделю. Т.е., дети с аутизмом при попытке создать условия напряжения психической деятельности «пресыщаются», а здоровые и тревожные – утомляются, истощаются. Видимо, психика детей с аутизмом, здоровых и тревожных детей реагирует по-разному на хронический психосоциальный стресс в условиях постоянных боевых действий в Донбассе.

Основная часть информации, которую человек получает из внешнего мира, поступает посредством зрительного восприятия. Зрение играет ключевую роль в процессе восприятия и понимания окружающего мира, позволяя человеку видеть объекты, цвета, формы и движения. Через зрение человек получает информацию об окружающей обстановке, о людях, объектах, событиях, ориентируется в пространстве, воспринимает информацию, общается с окружающими. Общеизвестно, что порядка 80% информации человек получает посредством зрения [16].

Некоторые дети с аутизмом могут быть чрезмерно чувствительными к ярким или мигающим огням, определенным цветам или узорам, в то время как могут не реагировать на другие визуальные стимулы. При этом, интенсивность дискомфорта может достигать степени панических состояний. Это приводит к избеганию ситуаций, в которых дети сталкиваются с подобными стимулами.

Некоторые больные с РАС демонстрируют особенную чувствительность в плане зрительной сенсорной модальности, которая может проявляться в измененном поведении, когда дети способны, например, долго смотреть на определенные предметы или детали объектов (такие как текстура, форма), что может быть связано с нуждой в саморегуляции или поиске комфорта. При этом, дети не обращают внимания на более крупные, важные контексты или социальные сигналы. Так, один мальчик с аутизмом любил часами смотреть на включенную воду. Родители вынуждены были ограничивать его в этом увлечении в связи с высокими счетами за воду. Другой мальчик из группы аутистов долго любовался колесами от машинок. Не проявлял никаких признаков сюжетной игры (при этом, не катал машину, не завозил в гараж). Только длительное время мог рассматривать колеса с разных ракурсов. Так же, как наблюдают рыбок в аквариуме, он рассматривал колеса машинок, расставив их перед собой.

Иногда больные не хотят смотреть в глаза. По нашим наблюдениям, – это чаще дети раннего возраста. По мере взросления они устанавливают зрительный контакт. Хотя может сохраняться его поверхность, эмоциональная отгороженность. При этом, дети не демонстрируют страх смотреть в глаза. А

смотрят как бы сквозь людей, не отличая их в комнате от окружающей мебели. Они не желают вступать в контакт. Это проблемы коммуникации. К.И. Кунникова с соавторами отмечают, что дети с риском расстройства аутистического спектра смотрят на все элементы лица одинаково, в то время как нормально развивающиеся дети обращают внимание преимущественно на глаза. Эти данные позволяют предположить, что людям с аутизмом может быть сложно интерпретировать социальные ситуации, а не просто воспринимать лица [99].

А.Н. Кузнецов отмечает, что одним из основных симптомов расстройства аутистического спектра является недостаточная обработка сенсорной информации, что мешает пациентам обращать внимание на социальные сигналы и адекватно реагировать на них. Проблемы с восприятием невербальных сигналов, распознанием эмоций и трудности с концентрацией внимания на социально-значимых деталях приводят к неэффективной социальной коммуникации детей с РАС. К внешним признакам РАС относится слабый зрительный контакт и отсутствие интереса к инициализации социального взаимодействия [68]. На основании этого исследователи разрабатывали материал для тестирования социального внимания у детей с аутизмом, который можно использовать для диагностики степени абилитации их социальных навыков.

Если у детей с нейротипичным развитием эмоциональное взаимодействие с другими людьми в первый год жизни играет ключевую роль в формировании активности в окружающей среде, то у детей с расстройствами аутистического спектра совместное эмоциональное переживание ограничено из-за повышенного порога сенсорного дискомфорта. Это ограничение влияет на развитие более сложных форм контакта и, в конечном итоге, на способность саморегуляции детей с РАС. Исследователи В. Рамачандран и Л. Оберман предположили, что у детей с аутизмом процесс восприятия искажен из-за нарушения связей между корковыми областями, которые обрабатывают сенсорную информацию, и миндалиной, а также между лимбическими структурами мозга и фронтальными долями коры, регулирующими поведение. Нарушение этих связей может привести к тому, что даже мелочи вызывают у детей с аутизмом чрезмерные

эмоциональные реакции. Данная гипотеза помогает объяснить, почему дети с РАС избегают зрительного контакта и стремятся избегать непривычных ощущений, которые могут сбить их с толку. Они часто не реагируют на то, что вызывает интерес у обычных детей, из-за искаженного восприятия эмоциональной значимости окружающего мира [73].

Т.Д. Абугова считает, что одной из актуальнейших проблем, испытываемой многими людьми с аутизмом, является распознавание лиц и выражений. Лица, которые видят аутисты, в их восприятии могут отделяться от тел, превращаться в различных животных или искажаться [1].

О.Б. Богдашина указывает на фрагментарное восприятие пациентами с РАС. Когда необходимо обрабатывать большое количество информации одновременно, люди с аутизмом часто не могут разделить общую картину на отдельные элементы, поэтому они обращают внимание только на определённые детали. Например, вместо того чтобы видеть комнату в целом, они могут сосредотачиваться на дверной ручке, ножке стола или мячике под креслом. Для аутичных детей окружающий мир представляется мозаикой из отдельных частей, которые они сохраняют в памяти и используют для распознавания мест, предметов и людей. Больные видят каждую часть объекта как отдельный объект и используют свои собственные определения для того, чтобы ориентироваться в окружающем мире. Поскольку их восприятие отличается от обычного, аутизм может быть недооценён опекунами, которые не понимают поведение больных [11, с. 11].

О.Б. Богдашина, кроме того, приводит пример, когда «ребенок из-за фрагментарного восприятия не мог запомнить окружающих его людей (т.к. не видел человека целиком, а воспринимал его как набор разных частей тела); для запоминания он ориентировался на обувь: вид обуви и ее разглядывание давали ему достоверную информацию о человеке и успокаивали» [76, с. 6].

По нашим наблюдениям, страхи, связанные со зрительной сенсорной модальностью у детей с аутизмом, характеризуются парадоксальной зрительной уязвимостью. Парадоксальная зрительная чувствительность – это явление,

наблюдаемое у некоторых детей с аутизмом, когда они могут проявлять необычные реакции на визуальные стимулы, включая повышенную чувствительность к определенным зрительным входам или, наоборот, – игнорирование значительной части окружающей среды. Например, О.С. Никольская приводит пример, когда страх вызывал слишком насыщенный цвет, (желтого дверного крючка, красных ягод, черной розетки на стене) [58, с. 72]. Примеры из нашего наблюдения: одна девочка с аутизмом, боялась вентиляционных решеток, требовала их завесить, у мальчика жуткий страх вызывали дырки на одежде, причем не только своей, но и окружающих.

Интересным примером страхов, связанных со зрительной сенсорной модальностью, является страх наблюдения за ребенком. В процессе проводимого нами исследования наличие признака «наблюдение за ребенком окружающих вещей» не было зафиксировано в группах здоровых детей и детей с тревожно-фобическими проявлениями. А в группе детей с РАС такой симптом зафиксирован у 12 человек (12,0%) (Таблица 3.3.1). Среднее значение этого симптома в группе детей с аутизмом составило 0,44 (SD=1,40) (Таблица 3.3.2).

Так, одна из девочек с аутизмом боялась «пупсов», отказывалась заходить в комнату, пока там присутствует игрушечная кукла («Я не могу, она на меня смотрит»), демонстрировала повышенную уязвимость к зрительным раздражителям (общаясь, никогда не смотрела в глаза собеседнику и, невзирая на свой большой возраст, отвечала, сидя к нему спиной, либо закрывала глаза, украдкой пытаясь что-то рассмотреть), убегала из комнаты, когда на экране появлялся определенный фрагмент мультфильма.

Мальчик с РАС, испугавшись однажды картинки в книге, перестал с тех пор её открывать и очень нервничал, когда к ней кто-то подходил и брал в руки, чтобы посмотреть. Большой исследуемой группы не переносил определенную, демонстрируемую по телевизору, рекламу (выключал звук, закрывал глаза), не мог также слушать сказку, напечатанную в одной из книг – закрывал матери рот, требуя прекратить чтение. Еще один обследованный пациент боялся сцен из мультфильма «Маша и медведь», где у Маши болят зубы, и она посещает

стоматолога – убегал из комнаты и начинал плакать, когда должна была возникнуть подобная сцена [85].

О.С. Никольская считает, что парадоксальное поведение по отношению к источникам страха, когда дети снова и снова стремятся к обстоятельствам, в которых они будут встречаться с устрашающим объектом, является тенденцией к преодолению опасности, овладению ситуацией. Данный автор иллюстрирует это следующим образом: «Однако близкие ребенка часто не предполагают, что его странные стереотипные интересы, увлечения тесно спаяны с лежащим в их основе страхом, что ребенок тянется именно к тому, чего боится. Например, он постоянно требует подвести его к помойке, еще и еще раз прокатиться на лифте; любит размазывать темные краски; лезет к огню, стремится включать и выключать газ; находит повсюду пауков» [58, с. 74].

Еще одним примером парадоксального страха, на наш взгляд, является страх открытых дверей. В исследуемой группе такой страх продемонстрировали 10 чел. (10,0%) (Таблица 3.3.1), и он не был зафиксирован в группах 2 и 3. Пока двери не закрыты, невозможно установить контакт с ребенком, т.к. он всё время будет стремиться закрыть их. При этом, мальчик с аутизмом парадоксально прокомментировал открытую электриком во время проведения ремонтных работ дверь: «Дядя дырочкой закрыл дверь» [85]. Среднее значение страха открытых дверей в исследуемой группе составило 0,38, ($SD=1,20$). В группе 2 и группе 3 данное значение было 0,0, и стандартное отклонение составило 0,0.

Наличие страха открытых дверей у детей с аутизмом может быть связано со зрительной сенсорной модальностью. Хотя возможны и другие причины такого страха: изменения в окружающей среде, приводящие к непредсказуемости. Открытые двери, вероятно, воспринимаются такими детьми как угроза для их привычного порядка. Возможно, они могут быть более чувствительны не только к звукам, но и к визуальным стимулам, что также делает их уязвимыми к страхам, связанным с открытыми пространствами.

Страх миксера в группе 1 обнаружен у 12 человек (Таблица 3.3.1) и не зафиксирован в группах 2 и 3. Среднее значение показателя страха миксера в

исследуемой группе составило 0,73 ($SD=2,14$), в группах 2 и 3, соответственно, – 0,0 ($SD=0,0$).

Страх шума бытовых вещей довольно характерен для детей с аутизмом. Но обращает на себя внимание боязнь бытовых вещей, которые производят негромкие звуки в процессе своей работы, например, вентилятор. Страх вентилятора в группе 1 был отмечен у 11 человек (Таблица 3.3.1) и не встречался в группах 2 и 3. Среднее значение страха вентилятора в исследуемой группе составило 0,56 ($SD=1,75$), в группах 2 и 3, соответственно, – 0,0 ($SD=0,0$).

Незнакомая обстановка туалета способна вызывать у детей с аутизмом стресс из-за новых звуков, запахов, визуальных и тактильных впечатлений. Это может быть продиктовано трудностями в социальной коммуникации, взаимодействии с окружающими. Дети часто боятся не справиться как положено с ситуацией в чужом туалете или стесняются находиться там, когда кто-то другой рядом. Аутисты могут придерживаться жестких рутин и привычек. Изменение привычной обстановки, включая туалет, часто вызывает у них тревогу. В литературе описаны подобные состояния: «В саду начинают появляться тревожащие близких малыша и воспитателей эпизоды энуреза и энкопреза у уже хорошо просившегося илиправлявшегося с горшком самостоятельно ребенка (или он терпит целый день)» [58, с. 108]. И еще случай, описанный в литературе: «Например, оказалось, что один из наблюдавшихся нами мальчиков боялся своей струи. Бывают, однако, случаи, когда отношение к горшку настолько отрицательно, что не удается даже поднести его к ребенку, несмотря ни на какие уговоры и обещания. И в этом случае тоже не стоит упорствовать, лучше поискать обходные пути. Известны случаи, когда помогала простая замена горшка баночкой. Многие дети с аутизмом, находясь вне дома, несмотря на все уговоры и явный дискомфорт, продолжают длительное время терпеть» [58, с. 101]. О.С. Никольская связывает это с трудностями в бытовой адаптации. Бытовая адаптация аутичного ребенка особенно сложна, так как такой ребенок не просто чувствителен к новой обстановке, но и требует соблюдения всех привычных деталей во всех процедурах, во всех освоенных навыках. Он – страшный

консерватор. Ему часто нужен определенный горшок, он обычно избирателен в еде и отказывается пробовать непривычную пищу [58, с. 108].

В процессе нашего исследования боязнь мочиться в не предпочтаемых ими условиях испытывали 6 детей с РАС (13,3%) (Таблица 3.3.1). Они никогда не мочились в детском саду, терпели, когда их заберут домой. Случаи боязни «чужого туалета», встречавшиеся в нашей практике, с трудом можно назвать плохой адаптацией. Дети демонстрировали выраженный страх туалета. При попытке завести ребенка в туалет начиналась бурная эмоциональная реакция страха, и это состояние длилось годами. Попытки заменить унитаз горшком или баночкой не приносили результатов. Один мальчик с аутизмом так и не начал ходить в туалет в детском саду, хотя посещал его 4 года. Когда мать забирала его из сада в конце рабочего дня, последние несколько часов он беспокойно ходил из стороны в сторону, держа себя за гениталии. Этот больной отличался излишним консерватизмом, не ел в саду никакую пищу, кроме своего печенья определенной формы, которое приносил с собой из дома. Проявляющаяся таким образом боязнь мочиться вне предпочтаемых ребенком условий не встречалась в группе здоровых и тревожных детей. Следует отметить, что одна девочка из группы здоровых детей, боялась конкретного унитаза, поскольку когда-то упала, усаживаясь на него, и данный страх зафиксировался. Этот страх не учтён нами в качестве признака «боязнь мочиться в не предпочтаемых ребенком условиях», будучи расценен как страх «чужого туалета», поскольку он объясним, имел предшествующий травмирующий опыт. Эта девочка боялась конкретного уличного туалета у своей бабушки. Она его посещала только в сопровождении матери, которая обеспечивала безопасность.

К эксклюзивным страхам, которые встречались в группе аутичных детей и не встречались в группах здоровых и тревожных детей, относится страх шума в водопроводных трубах. В исследуемой группе он встречался у двух человек (2,0%). Статистически значимых отличий выявлено не было. Однако О.С. Никольская описывает подобные страхи: «Часть локальных страхов порождается отдельными признаками ситуации, предмета или человека, которые слишком

интенсивны для ребенка по своим сенсорным характеристикам. Очень громкий звук (компрессора, пылесоса, урчащей трубы в ванне, льющейся воды в туалете, скрипа качелей, резкого голоса и т.д.)» [58, с. 74].

С нашей точки зрения, стоит упомянуть и уникальные страхи у детей с аутизмом, которые встречались в единичных случаях и не выявлены в группах здоровых и тревожных детей. Это страхи неопасных вещей. Данные страхи не удавалось копировать рациональными объяснениями, жизненным опытом, авторитетным паттерном поведения близких людей. В частности, один пациент с РАС боялся вывешенного белья: не мог пройти по улице, если там сушилось белье, а дома закручивал его на верёвке так, чтобы оно не свисало – родители сушили белье в закрытых помещениях, дабы больной этого не видел, иначе его трудно было успокоить [85].

Другим примером может служить страх скрипа деревьев. У одного мальчика с аутизмом отец работал вахтовым методом. С началом боевых действий мать решила обезопасить себя и ребенка и приехала к мужу. В той болотистой местности дома деревянные и построены на деревянных сваях. И они периодически «поскрипывали». Надо отметить, что этот звук не был громким. Мальчик, тем не менее, его очень боялся и так и не привык к нему в течение двух лет, пока семья не переехала.

ГЛАВА 4

ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА АУТИЗМА

Исследуемая группа детей с аутизмом была разделена на три подгруппы по клиническим диагнозам. Распределение на подгруппы проводилось в соответствии с критериями МКБ-10. В первую вошли дети с диагнозом детского аутизма (F84.0). Во вторую – с диагнозом атипичного аутизма (F84.1). Третью подгруппу составили дети с синдромом Аспергера (F84.5). Двое детей с синдромом Ретта (F84.2) не учитывались при статистической обработке. Биологический возраст (в годах) первой подгруппы составил (среднее значение) 5,85, SD=0,80 (Таблица 4.1). Во второй подгруппе детей биологический возраст характеризовался M=4,19 (SD=0,89), а в третьей – M=6,23 (SD=0,75). Возраст развития, определенный при помощи психообразовательного профиля (дополненного) (PEP-R) (2000) [149] составил в первой подгруппе детей M=3,82, (SD=0,67), во второй – M=1,51 (SD=0,38), в третьей – M=4,43 (SD=3,82).

Таблица 4.1 - Возрастные показатели

№ п/п	Показатели	Подгруппа 1 (F84.0) (n=40)		Подгруппа 2 (F84.1) (n=36)		Подгруппа 3 (F84.5) (n=22)		Достоверность статистических различий
		M	SD	M	SD	M	SD	
1.	Биологический возраст	5,85	0,80	4,19	0,89	6,23	0,75	p ¹ =0,075 p ¹ <0,001*** p ³ <0,001***
2.	Возраст развития по шкале PEP-R	3,82	0,67	1,51	0,38	4,427	3,82	p ¹ <0,001*** p ¹ <0,001*** p ³ <0,001***

р¹ - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 1 и 2 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;

p^2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 2 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;

p^3 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 1 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения.

Для выявления детей с риском возникновения тревожных расстройств, предварительной оценки уровня тревоги, была использована шкала тревожности у дошкольников (Spence S.H., Rapee R., 1999), апробация которой в России проводилась в 2012-2013 гг. А.Н. Вераксой, А.Е. Горовой и А.В. Кисель. При сравнении тревожности, определенной по шкале тревожности PAS в подгруппах, были получены следующие данные (Таблица 4.2): общий балл тревожности в 1 подгруппе (F84.0) составил 23,33 ($SD=7,95$) в подгруппе 2 (F84.1) составил 20,11 ($SD=13,53$), достоверных отличий в данных подгруппах этот показатель не продемонстрировал. В 3 подгруппе (F84.5) общий балл тревожности составил 33,64 ($SD=8,13$), что статистически было значимо ($p<0,001$) выше, чем в подгруппах 1 и 2.

Субшкалы шкалы PAS продемонстрировали следующие показатели (Таблица 4.2).

Таблица 4.2 - Показатели шкалы Preschool Anxiety Scale (PAS) (баллы)

№ п/п	Показатели	Подгруппа 1 (F84.0) (n=40)		Подгруппа 2 (F84.1) (n=36)		Подгруппа 3 (F84.5) (n=22)		Достовер- ность статисти- ческих различий
		M	SD	M	SD	M	SD	
1.	Общий балл	23,32	7,95	20,11	13,53	33,64	8,13	$p^1=0,205$ $p^2<0,001***$ $p^3<0,001***$
2.	Генерализи- рованная тревога	4,93	3,61	5,06	3,23	8,41	2,40	$p^1=0,869$ $p^2<0,001***$ $p^3<0,001***$
3.	Социальная тревожность	5,825	3,30	2,69	3,15	6,55	3,16	$p^1<0,001***$ $p^2<0,001***$ $p^3=0,407$
4.	Обсессивно- компульсивн	1,75	4,08	3,00	3,85	2,77	4,08	$p^1=0,082$ $p^2=0,831$

	ое расстройство							$p^3=0,203$
5.	Страх перед телесными повреждени- ями	3,65	2,28	1,97	2,71	5,73	1,83	$p^1<0,001***$ $p^2<0,001***$ $p^3<0,001***$
6.	Сепарацион- ная тревога	7,27	4,44	6,58	5,46	12,27	4,66	$p^1=0,544$ $p^2<0,001***$ $p^3<0,001***$

p^1 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 1 и 2 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;
 p^2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 2 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;
 p^3 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 1 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения.

Среднее значение генерализированной тревоги в подгруппе детей с 1 подгруппе (F84.0) составило 4,94, SD=3,61, а во второй подгруппе (F84.1) среднее значение генерализированной тревоги составило 5,06, SD=3,23, в третьей подгруппе (F84.5) – 8,40, SD=2,40 Подгруппа детей с синдромом Аспергера показала достоверно ($p<0,001$) большее значение генерализированной тревожности по сравнению с подгруппами 1 (F84.0) и 2 (F84.1).

Субшкала, определяющая социальную тревожность, продемонстрировала достоверно ($p<0,001$) большее значение социальной тревожности у детей первой и третьей подгрупп по сравнению со второй подгруппой. Среднее значение социальной тревожности в подгруппе 1 (F84.0) составило 5,83, SD=3,30, во второй подгруппе (F84.1) среднее значение социальной тревожности составило 2,69, SD=3,15, а в третьей подгруппе (F84.5) – 6,55, SD=3,16.

Среднее значение страха перед телесными повреждениями в подгруппе 1 (F84.0) составило 3,65, SD=2,28, во второй подгруппе (F84.1) среднее значение страха перед телесными повреждениями составило 1,97, SD=2,71, а в третьей подгруппе (F84.5) – 5,73, SD=1,83. Были зафиксированы статистически значимые

различия в трех подгруппах ($p<0,001$). Наименьшим был страх перед телесными повреждениями в подгруппе детей с атипичным аутизмом, наибольшим – в подгруппе детей с синдромом Аспергера.

Среднее значение сепарационной тревоги у первой подгруппы составило 7,28, $SD = 4,44$, что было статистически значимо ($p<0,001$) ниже, чем у третьей подгруппы, где $M=12,27$, $SD=4,66$. Аналогичная картина наблюдалась при сравнении сепарационной тревоги 2 и 3 подгрупп. Среднее значение сепарационной тревоги в подгруппе 2 составило 6,58, $SD=5,46$, что было достоверно меньше чем в третьей подгруппе. Наглядно данные приведены на диаграмме (Рисунок 4.1).

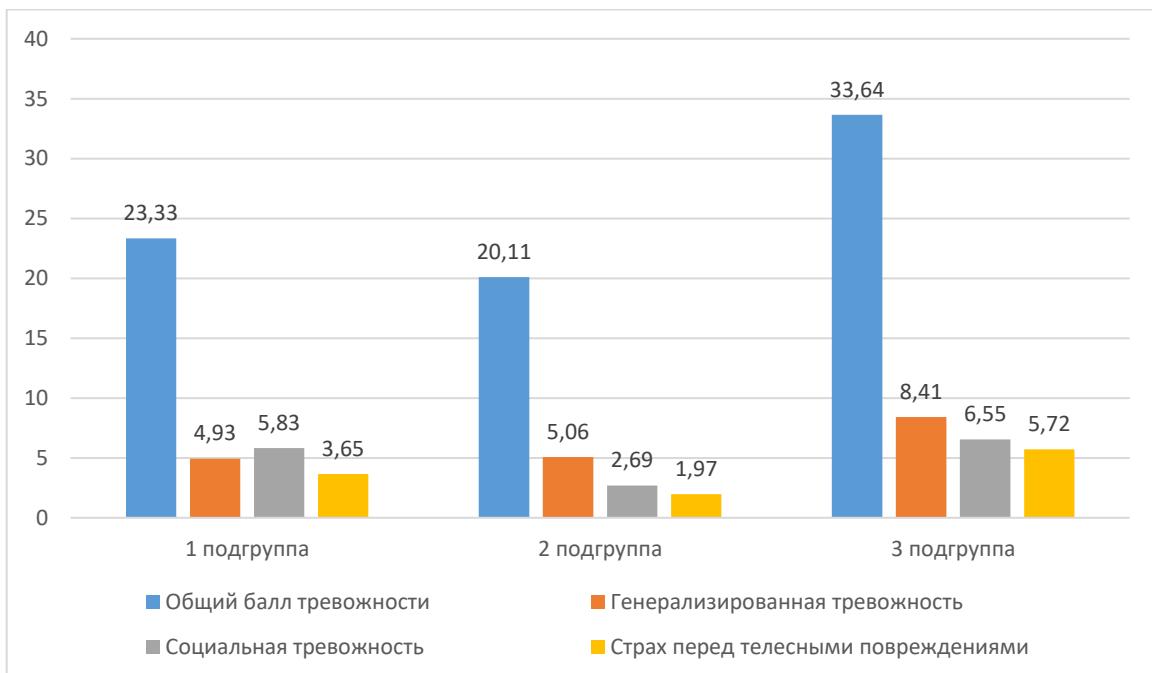


Рисунок 4.1. - Достоверные значения тревожности по шкале PAS в подгруппах

Не было зафиксировано достоверных отличий по субшкале, определяющей обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР): в первой подгруппе – $M=1,75$, $SD=4,08$, во второй среднее значение ОКР составило 3,00, $SD=3,85$, в третьей – $M=2,77$, $SD=4,01$. Согласно данным литературы, обсессивно-компульсивное расстройство достаточно часто встречается у людей с аутизмом [138, 54]. Однако точная частота встречаемости ОКР у аутистов может варьировать в зависимости от конкретного исследования и популяции. По данным литературы,

заболеваемость ОКР имеет два пиковых периода с разным гендерным распределением. Первый пик приходится на детский возраст, где симптомы возникают преимущественно у мальчиков в возрасте от 7 до 12 лет. Второй пик заболеваемости приходится на юношеский возраст, средний возраст заболевания составляет 21 год, хотя в этом возрасте заболевают, в основном, мужчины, а девушки составляют лишь незначительное меньшинство [37, с. 59]. В исследуемой группе детей как биологический, так и психологический возраст развития был меньше указанных пиков. Видимо, это может объяснять отсутствие достоверных различий в исследуемой группе, контрольной группе и группе сравнения.

В литературе встречаются противоречивые мнения по поводу связи уровня интеллектуального развития и уровня тревожности при РАС. Есть сообщения, которые относятся к высоко-, и низкофункциональности и взаимосвязи с тревожностью. Некоторые считают, что дети с высокофункциональным аутизмом испытывают более выраженную тревогу, чем дети с низкофункциональным аутизмом (Weisbrot D.M. et al., 2005; Sukhodolsky D.J. et al. 2008). Это объясняется тем, что дети без нарушений когнитивных способностей чаще осознают свое состояние, что приводит к увеличению уровня тревожности [54].

Другие, наоборот, считают, что, чем выше уровень страхов и тревоги, тем ниже уровень интеллектуального развития. Объясняя это тем, что наличие страхов и высокий уровень тревожности искажают интеллектуальное развитие детей с расстройствами аутистического спектра. Наличие страхов и тревоги у детей с РАС влияет на формирование интеллектуальной неравномерности [102, с. 72].

Однако здесь необходимо сказать, что речь идет о так называемом «низкофункциональном» и «высокофункциональном» аутизме.

Расстройства аутистического спектра с минимальным воздействием на интеллектуально-мнемическую сферу объединяются термином "высокофункциональный аутизм" и характеризуются общим интеллектуальным показателем выше 70 по шкале Векслера [102, с. 25]. Существует разнообразие

мнений среди исследователей относительно критериев определения высокофункционального аутизма. М. Раттер начал обсуждение высокофункционального аутизма в 1970-х годах, обнаруживая различия в поведении и навыках у детей с аутизмом и интеллектом выше 70 по сравнению с теми, чей интеллект ниже [12]. Некоторые исследователи предлагают определить высокофункциональный аутизм как интеллект выше 80 [102, с. 25,139]. С. Коэн предложил когнитивный критерий – «невербальный интеллект выше 70, общий интеллект выше 55» [12, с. 76-77]. Н.В. Семашкова считает, что высокофункциональный аутизм наблюдается в 50% случаев у детей, выходящих из детского психоза, с сохранением когнитивных способностей и некоторыми нарушениями внимания и мышления в ремиссии. У этих детей интеллектуальное развитие соответствует высокой норме, что сопровождается характерными симптомами аутизма [102, с. 26]. Некоторые исследователи не видят существенных различий между высокофункциональным аутизмом и синдромом Аспергера, так как клиническая картина и нейрокогнитивные профили схожи. Наличие схожих аномалий коры головного мозга у пациентов с обоими расстройствами подтверждает, по их мнению, включение синдрома Аспергера в спектр аутизма. [12, с. 76-77].

Тревога и страх – это два разных состояния чувств. Тревога – аморфное чувство, человек не знает конкретно, чего боится, это более общее чувство беспокойства без конкретного источника опасности, она может быть вызвана неопределенными угрозами или переживаниями, связанными с неопределенными ситуациями. Страх, с другой стороны, является конкретной реакцией на определенный стимул или событие, которое воспринимается как угрожающее или опасное. В отличие от тревоги, страх имеет конкретный объект или причину, вызывающую его. И страхи дают больше информации, на их примере можно проследить мышление человека и получить больше информации о том, каково оно.

Среднее значение количества страхов, определенное при помощи опросника А.И. Захарова «Подверженность ребенка страхам» в 1 подгруппе детей составило

12,10 (SD=4,06), во второй подгруппе среднее значение количества страхов было 9,31 (SD=2,75), в третьей подгруппе среднее значение количества страхов – 16,95 (SD=3,17). Установлены достоверные ($p<0,001$) различия между всеми тремя группами. Наименьшее количество страхов было зафиксировано в подгруппе детей с атипичным аутизмом, наибольшее – в подгруппе с синдромом Аспергера. Данные приведены в таблице 4.3.

Таблица 4.3 - Сравнительный анализ страхов по опроснику А.И. Захарова в исследуемых подгруппах

№ п/п	Показатели	Подгруппа 1 (F84.0) (n=40)		Подгруппа 2 (F84.1) (n=36)		Подгруппа 3 (F84.5) (n=22)		Достоверность статистических различий
		M	SD	M	SD	M	SD	
1.	Общее количество страхов	12,10	4,06	9,31	2,75	16,95	3,17	$p^1<0,001***$ $p^2<0,001***$ $p^3<0,001***$
2.	Уровень страхов по отношению к возрастной норме	0,38	0,49	0,11	0,32	0,77	0,43	$p^1<0,01**$ $p^2<0,001***$ $p^3<0,01**$

p^1 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 1 и 2 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;

p^2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 2 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;

p^3 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 1 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения.

Такое соотношение было характерно как для общего количества страхов, так и для уровня количества страхов по отношению к возрастной норме. После соотнесения количества страхов, определенного при помощи опросника А.И. Захарова «Подверженность ребенка страхам», с возрастной нормой количества страхов, получили уровень страхов. Определенный уровень страхов, который

свидетельствует о том, что психика ребенка может находиться в состоянии перенапряжения, также было достоверно ($p<0,01$) выше в третьей подгруппе детей и составил 0,77 ($SD=0,43$), а у подгрупп 1 и 2 составил соответственно – 0,38 ($SD=0,49$) и 0,11 ($SD=0,32$).

Мы, в свою очередь, предполагаем, что такие результаты могут быть обусловлены трудностями в оценке уровня тревожности у детей с РАС и когнитивными нарушениями. Данный факт способен привести к неверному пониманию причин проблемного поведения больных. Дети с РАС часто не распознают свое состояние или не выражают тревогу из-за коммуникативных затруднений, и поэтому они склонны проявлять страх и тревогу в своем собственном специфическом режиме. Это может привести к тому, что родители, учителя и специалисты неправильно интерпретируют причины поведенческих проблем, связывая их с нежеланием сотрудничать, непослушанием или другими расстройствами. Дети с РАС часто проявляют страх и тревогу собственным специфическим образом. Поэтому родители, учителя и клиницисты иногда не распознают страх и тревогу и ошибочно считают причиной проблемного поведения нежелание сотрудничать, непослушание, оппозиционное расстройство, гнев, раздражение. Это утверждение кажется нам справедливым. Такого мнения придерживаются и некоторые исследователи [54].

При оценке страхов, которые встречаются у обычных детей, мы использовали опросник А.И. Захарова «Подверженность ребенка страхам» [24], а интенсивность страхов оценивали при помощи Children's Fear Scale (CFS; McMurry et al., 2011) [116].

Страх нападения бандитов продемонстрировал достоверные отличия в подгруппах. Среднее значение страха нападения бандитов в первой подгруппе (Таблица 4.4) составило 1,65 ($SD=1,56$), а во второй подгруппе – 0,50 ($SD=1,18$), в третьей подгруппе – 1,68 ($SD=1,52$). Страх нападения бандитов в подгруппе детей с атипичным аутизмом достоверно ($p<0,01$) меньше, чем в подгруппе детей с F84.0 и достоверно ($p<0,001$) меньше, чем в подгруппе детей с F84.5.

Среднее значение страха собственной смерти в первой подгруппе – 2,70 (SD=1,27), во второй – 1,58 (SD=1,66), а в третьей подгруппе – 2,73 (SD=0,94). Были зафиксированы достоверные различия. Страх умереть в подгруппе детей с атипичным аутизмом достоверно ($p<0,01$) меньше, чем в подгруппе детей с F84.0 и достоверно ($p<0,01$) меньше, чем в подгруппе детей с синдромом Аспергера.

Таблица 4.4 - Сравнительный анализ страхов по опроснику А.И. Захарова в исследуемых подгруппах

№ п/п	Показатели	Подгруппа 1 (F84.0) (n=40)		Подгруппа 2 (F84.1) (n=36)		Подгруппа 3 (F84.5) (n=22)		Достоверность статистических различий
		M	SD	M	SD	M	SD	
1.	Остаться в одиночестве	0,88	1,38	1,14	1,25	0,86	1,32	$p^1=0,386$ $p^2=0,428$ $p^3=0,974$
2.	Нападения бандитов	1,65	1,56	0,50	1,18	1,68	1,52	$p^1<0,001***$ $p^2<0,01**$ $p^3=0,938$
3.	Заболеть, заразиться	1,33	1,33	1,22	1,44	1,23	1,41	$p^1=0,746$ $p^2=0,989$ $p^3=0,789$
4.	Умереть	2,70	1,26	1,58	1,66	2,73	0,94	$p^1<0,01**$ $p^2<0,01**$ $p^3=0,929$
5.	Смерти собственных родителей	2,33	1,61	1,50	1,63	3,09	0,53	$p^1<0,05*$ $p^2<0,001***$ $p^3<0,05*$
6.	Каких-то людей	1,63	1,25	0,61	1,02	1,23	1,11	$p^1<0,001***$ $p^2<0,05*$ $p^3=0,218$
7.	Мамы, папы	0,45	0,93	0,22	0,64	0,45	0,86	$p^1=0,223$ $p^2=0,243$ $p^3=0,984$
8.	Что накажет мама, папа	1,10	1,28	0,50	1,08	1,77	1,27	$p^1<0,05*$ $p^2<0,001***$ $p^3=0,513$
9.	Бабы Яги, Кощея, Змея Горыныча	1,15	1,56	1,39	1,54	2,95	0,84	$p^1=0,504$ $p^2<0,001***$ $p^3<0,001***$

10.	Опоздать в детский сад	0,08	0,47	0,00	0,00	0,23	0,75	$p^1=0,346$ $p^2=0,073$ $p^3=0,331$
11.	Животных: волка, медведя, собак, насекомых, пауков, змей	1,00	1,47	1,19	1,35	2,91	0,81	$p^1=0,550$ $p^2<0,001***$ $p^3<0,001***$
12.	Машин, поездов, самолетов	0,28	0,85	0,19	0,71	0,27	0,70	$p^1=0,656$ $p^2=0,648$ $p^3=0,991$
13.	Бури, урагана, наводнения, землетрясения	2,18	1,36	1,81	1,64	1,86	1,58	$p^1=0,285$ $p^2=0,894$ $p^3=0,418$
14.	Когда высоко	0,35	0,77	0,36	0,93	0,36	1,27	$p^1=0,954$ $p^2<0,05*$ $p^3<0,05*$
15.	Когда глубоко	1,93	1,56	1,06	1,53	1,95	1,56	$p^1=<0,05*$ $p^2=<0,05*$ $p^3=0,943$
16.	В маленькой тесной комнате, помещении, туалете, метро, переполненном автобусе	0,28	0,72	0,78	1,22	0,55	1,01	$p^1=<0,05*$ $p^2=0,457$ $p^3=0,225$
17.	Огня	1,45	1,40	0,94	1,04	1,68	1,29	$p^1=0,080$ $p^2=<0,05*$ $p^3=0,522$
18.	Пожара	1,33	1,67	0,50	1,13	1,55	1,77	$p^1=<0,05*$ $p^2=<0,01**$ $p^3=0,627$
19.	Войны	0,95	1,50	0,28	0,97	1,55	1,65	$p^1=<0,05*$ $p^2=<0,001***$ $p^3=0,154$
20.	Больших улиц, площадей	0,18	0,55	0,11	0,46	0,45	0,86	$p^1=0,588$ $p^2=0,526$ $p^3=0,123$
21.	Кроме зубных, других врачей	0,35	0,77	0,11	0,46	0,73	0,98	$p^1=0,110$ $p^2=<0,01**$

								$p^1=0,10$
22.	Крови, когда идёт кровь	0,95	1,15	0,94	1,43	1,09	1,27	$p^1=0,985$ $p^2=0,695$ $p^3=0,658$
23.	Уколов	1,43	1,22	1,28	1,30	1,86	1,17	$p^1=0,612$ $p^2=0,089$ $p^3=0,175$
24.	Боли	1,78	1,31	1,36	1,42	2,32	1,13	$p^1=0,190$ $p^2=<0,01**$ $p^3=0,106$
25.	Резких громких звуков	0,43	0,96	0,72	1,21	0,86	1,08	$p^1=0,236$ $p^2=0,655$ $p^3=0,104$

p^1 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 1 и 2 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;
 p^2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 2 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;
 p^3 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 1 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения.

Среднее значение страха смерти собственных родителей в подгруппе детей с F84.0 составило 2,32 ($SD=1,61$), во второй подгруппе – 1,50 ($SD=1,63$), а в третьей подгруппе – 2,73 ($SD=0,94$). Страх, что умрут собственные родители, в подгруппе детей с атипичным аутизмом достоверно ниже чем в подгруппе детей с F84.0 ($p<0,05$), и чем в подгруппе детей с синдромом Аспергера ($p<0,001$). Этот вид страха статистически значимо ($p<0,05$) был выше у детей третьей подгруппы по сравнению с первой.

Среднее значение страха «каких-то людей» в первой подгруппе составило 1,63 ($SD=1,25$), во второй – 0,61 ($SD=1,02$), а в третей подгруппе – 1,22 ($SD=1,11$). Были зафиксированы достоверные различия. Так, страх «каких-то людей» в подгруппе детей с атипичным аутизмом достоверно ($p<0,001$) меньше, чем в подгруппе детей с F84.0 и достоверно ($p<0,05$) меньше, чем в подгруппе детей с синдромом Аспергера.

Среднее значение страха «что накажет мама, папа» в первой подгруппе составило 1,10 ($SD=1,28$), во второй – 0,50 ($SD=1,08$), а в третей подгруппе – 1,77 ($SD=1,27$). Страх, «что накажет мама, папа» в подгруппе детей с атипичным аутизмом достоверно ($p<0,05$) меньше, чем в подгруппе детей с F84.0 и достоверно ($p<0,001$) меньше, чем в подгруппе детей с F84.5.

Среднее значение страхов фантастических персонажей (Бабы Яги, Кощея, Змея Горыныча и т.д.) в первой подгруппе составило 1,15 ($SD=1,56$), во второй – 1,39 ($SD=1,54$), а в третей подгруппе – 2,95 ($SD=0,84$). Страх фантастических персонажей в подгруппе детей с F84.5 статистически значимо ($p<0,001$) больше, чем в подгруппе детей с F84.0 и F84.1.

Среднее значение страха животных в первой подгруппе составило 1,0 ($SD=1,47$), во второй – 1,19 ($SD=1,35$), а в третей подгруппе – 2,91 ($SD=0,81$). Страх животных в подгруппе детей с F84.5 статистически значимо ($p<0,05$) больше, чем в подгруппе детей с F84.0 и F84.1.

Среднее значение страха глубины, в первой подгруппе составило 1,93 ($SD=1,56$), во второй – 1,06 ($SD=1,53$), в третьей подгруппе – 1,95 ($SD=1,56$). Страх глубины в подгруппе детей с атипичным аутизмом статистически значимо ($p<0,05$) меньше, чем в других подгруппах.

Среднее значение страха тесноты в первой подгруппе составило 0,28 ($SD=0,72$), во второй – 0,78 ($SD=1,22$), в третей подгруппе – 0,54 ($SD=1,01$). Страх тесноты в подгруппе детей с F84.1 статистически значимо ($p<0,05$) больше, чем в подгруппе детей с F84.0 и F84.5.

Среднее значение страха высоты в первой подгруппе составило 0,35 ($SD=0,77$), во второй подгруппе – 0,36 ($SD=0,93$), в третьей подгруппе – 0,36 ($SD=1,27$). Страх высоты в подгруппе детей с F84.5 достоверно ($p<0,05$) больше, чем в подгруппе детей с F84.0 и F84.1.

Среднее значение страха огня в первой подгруппе – 1,45 ($SD=1,36$), во второй – 0,94 ($SD=1,04$), в третьей подгруппе – 1,68 ($SD=1,27$). Зафиксировано достоверное различие. Страх огня у детей с синдромом Аспергера достоверно ($p<0,05$) больше, чем у детей с атипичным аутизмом.

Еще одним страхом, который продемонстрировал статистически значимые различия в исследуемых подгруппах, оказался страх пожара. Среднее значение страха пожара в первой подгруппе – 1,33 (SD=1,67), во второй – 0,50 (SD=1,13), в третьей подгруппе – 1,54 (SD=1,77). Страх пожара в подгруппе детей с F84.1 статистически значимо меньше, чем в подгруппе детей с F84.0 ($p<0,05$) и F84.5 ($p<0,01$).

Статистический анализ среднего значения страха войны показал достоверные различия в исследуемых подгруппах. Среднее значение страха войны в первой подгруппе – 0,95 (SD=1,50), во второй – 0,28 (SD=0,97), в третьей подгруппе – 1,54 (SD=1,65). Страх войны у детей в подгруппе с F84.1 статистически значимо меньше, чем в подгруппе детей с F84.0 ($p<0,05$) и F84.5 ($p<0,001$).

Среднее значение страха врачей (кроме зубных) в первой подгруппе составило 0,35 (SD=0,77), во второй – 0,11 (SD=0,46), в третьей подгруппе – 0,72 (SD=0,99). Зафиксировано достоверное различие. Страх врачей у детей с синдромом Аспергера достоверно ($p<0,01$) больше, чем у детей с атипичным аутизмом.

Среднее значение страха боли в первой подгруппе – 1,76 (SD=1,31), во второй – 1,36 (SD=1,42), в третьей подгруппе – 2,32 (SD=1,13). Зафиксировано достоверное различие. Страх боли у детей с синдромом Аспергера достоверно ($p<0,01$) больше, чем у детей с атипичным аутизмом.

Страхи остаться в одиночестве, заболеть, заразиться, «мамы, папы», опоздать в детский сад, бури, урагана, машин, поездов и т.д., больших улиц, площадей, крови, уколов, резких громких звуков не продемонстрировали статистически значимых различий в исследуемых подгруппах.

Если рассматривать страх, согласно А.И. Захарову, в качестве фундаментальной эмоции человека, определяя его как аффективно заостренное восприятие угрозы для жизни, самочувствия и благополучия человека, при котором понимание опасности формируется в процессе жизненного опыта [33, с. 39], следует отметить, что у детей с аутизмом при наличии когнитивного

дефицита (у детей с F84.0 и F84.1) зафиксировано снижение формирования опыта в результате взаимодействия с возможными угрожающими факторами окружающей среды. Это не противоречит результатам современных исследований. Так, Russell J.D. с соавторами утверждают, что дети менее, чем взрослые, обучаются угрозам. Нейронные связи, сформированные в результате обучения угрожающим стимулам, демонстрируют относительную стабильность у здоровых взрослых, но в процессе развития эти цепи претерпевают значительные изменения [147]. Хотя лонгитудинальных исследований обучения угрозам в нормативных педиатрических выборках остается немного, из нескольких поперечных (cross-sectional) работ можно сделать осторожные выводы. В частности, низкий уровень развития может уменьшать способность различать сигналы угрозы и безопасности в парадигмах дифференцированного обучения угрозе, поскольку суммирующие результаты показывают, что взрослые превосходят подростков, которые, в свою очередь, превосходят детей [162]. Эти преимущества, возможно, отчасти обусловлены созреванием функциональных связей между регулирующими префронтальными областями и миндалевидным телом, включая вентромедиальную префронтальную кору (vmPFC), которая может оказывать ингибирующее влияние на исходящие из миндалевидного тела реакции на угрозу, и дорсолатеральную префронтальную область коры (dlPFC), которая, как установлено, классифицирует стимулы, сигнализирующие об угрозе, отделяя их от безопасных [162].

Т.е., дети с синдромом Аспергера демонстрировали такую же реакцию на постоянное проживание в условиях хронического психосоциального стресса, как и здоровые. А дети с F 84.0 и F84.1 демонстрировали меньшую реакцию на окружающие их события. Дети 1 и 2 подгрупп достоверно больше проявляли специфические страхи, чем группа детей с синдромом Аспергера.

При сравнении встречающихся у детей с аутизмом специфических страхов, определенных при помощи «Унифицированной клинико-эпидемиологической карты», оказалось, что страх мытья в третьей подгруппе с F84.5, где $M=0,00$ ($SD=0,00$), достоверно ($p<0,05$) меньше чем в первой подгруппе с F84.0, где

$M=0,10$ ($SD=0,63$) и чем во второй подгруппе с F84.1, где $M=0,78$ ($SD=1,61$). Данные представлены в таблице 4.5.

Среднее значение страха тревожных снов с неприятными сновидениями в первой подгруппе – 1,70 ($SD=2,24$), во второй – 2,00 ($SD=2,23$), в третьей подгруппе – 4,63 ($SD=0,95$). Зафиксировано достоверное различие. Страх тревожных снов с неприятными сновидениями у детей с синдромом Аспергера достоверно ($p<0,001$) больше, чем у детей с атипичным аутизмом.

Таблица 4.5 - Сравнительный анализ страхов по данным «Унифицированной клинико-эпидемиологической карте изучения психических расстройств у детей, страдающих аутизмом» в исследуемых подгруппах

№ п/п	Показатели	Подгруппа 1 (F84.0) (n=40)		Подгруппа 2 (F84.1) (n=36)		Подгруппа 3 (F84.5) (n=22)		Достовер- ность статисти- ческих различий
		M	SD	M	SD	M	SD	
1.	Страх мытья	0,10	0,63	0,78	1,61	0,00	0,00	$p^1=0,463$ $p^2<0,05*$ $p^3<0,05*$
2.	Страх езды в городском транспорте	0,55	1,36	0,31	0,98	0,77	0,97	$p^1=0,376$ $p^2=0,500$ $p^3=0,500$
3.	Страх тревожных снов с неприятными сновидениями	1,70	2,24	2,00	2,23	4,64	0,95	$p^1=0,561$ $p^2<0,001***$ $p^3<0,001***$
4.	Наличие «наблюдения за ребенком окружающих вещей»	0,55	1,36	0,25	1,50	0,59	1,40	$p^1=0,363$ $p^2=0,911$ $p^3=0,393$
5.	Плохая переноси-мость музыкальных представлений, детских утренников, спектаклей	1,60	2,65	3,94	3,56	1,23	2,72	$p^1<0,01**$ $p^2<0,01**$ $p^3=0,602$
6.	Страх незнакомой	3,20	2,91	2,03	2,50	1,73	2,64	$p^1=0,065$ $p^2=0,665$

	обстановки							$p^3=0,053$
7.	Страх пылесоса	0,68	1,94	2,11	3,26	1,36	2,34	$p^1<0,01^{**}$ $p^2=0,353$ $p^3=0,219$
8.	Страх миксера	0,43	1,65	1,28	2,83	0,45	1,50	$p^1=0,108$ $p^2=0,214$ $p^3=0,944$
9.	Страх других бытовых шумов	0,98	1,72	2,33	3,47	2,55	2,24	$p^1<0,05^*$ $p^2=0,799$ $p^3<0,01^{**}$
10.	Страх открытых дверей	0,20	0,99	0,67	1,51	0,27	0,94	$p^1=0,113$ $p^2=0,276$ $p^3=0,779$
11.	Отсутствие «чувства края»	2,10	3,18	1,81	2,46	0,27	0,88	$p^1=0,655$ $p^2<0,01^{**}$ $p^3<0,01^{**}$
12.	Стремление выбежать на проезжую часть	1,93	1,86	2,39	1,95	0,18	0,59	$p^1=0,073$ $p^2<0,001^{***}$ $p^3<0,01^{**}$
13.	Боязнь мочиться в не предпочитаемых условиях	0,00	0,00	0,92	2,21	0,00	0,00	$p^1<0,05^*$ $p^2<0,05^*$ p^3

p^1 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 1 и 2 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;
 p^2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 2 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения;
 p^3 - достоверность статистических различий при попарном сравнении подгрупп 1 и 3 с применением t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения.

Плохая переносимость музыкальных представлений детских утренников, спектаклей в подгруппе детей с атипичным аутизмом оказалась статистически значимо ($p<0,01$) больше, чем в подгруппах с F 84.0 и F84.5. Среднее значение плохой переносимости музыкальных представлений детских утренников, спектаклей в первой подгруппе составило 1,60 ($SD=2,65$), во второй – 3,94 ($SD=3,56$), в третьей подгруппе – 1,23 ($SD=2,73$).

Страх пылесоса был достоверно ($p<0,01$) меньше в подгруппе детей с F84.0, чем в подгруппе детей с F84.1. Среднее значение страха пылесоса в первой подгруппе составило 0,68 ($SD=1,93$), а во второй – 2,11 ($SD=3,26$).

Страх других бытовых шумов достоверно меньше в подгруппе детей с F84.0, чем в подгруппе детей с F84.1 ($p<0,05$) и чем в подгруппе детей с синдромом Аспергера ($p<0,01$). Среднее значение страха других бытовых шумов в первой подгруппе составило 0,96 ($SD=1,72$), во второй – 2,33 ($SD=3,47$), в третьей подгруппе – 2,55 ($SD=2,24$).

Среднее значение отсутствия «чтобы чувствовать края» в первой подгруппе составило 2,10 ($SD=3,77$), во второй – 1,81 ($SD=2,46$), в третьей подгруппе – 0,27 ($SD=0,88$). Отсутствие «чтобы чувствовать края» в подгруппе детей с синдромом Аспергера было достоверно ($p<0,01$) меньше, чем в подгруппах детей с F84.0 и F84.1.

Стремление выбежать на проезжую часть в подгруппе детей с синдромом Аспергера было достоверно меньше, чем в подгруппах детей с F84.0 ($p<0,01$) и F84.1 ($p<0,001$). Среднее значение стремления выбежать на проезжую часть в первой подгруппе составило 0,93 ($SD=1,86$), во второй – 2,39 ($SD=1,95$), в третьей подгруппе – 0,18 ($SD=0,59$).

Боязнь мочиться в не предпочтаемых ребенком условиях была статистически значимо ($p<0,05$) больше в подгруппе детей с атипичным аутизмом, чем в других подгруппах. Среднее значение боязни мочиться в не предпочтаемых ребенком условиях во второй подгруппе составило 0,92 ($SD=2,21$), а в первой и третьей подгруппах равнялось нулю.

Страхи езды в городском транспорте, «наблюдения за ребенком окружающих вещей», незнакомой обстановки, миксера, открытых дверей не продемонстрировали статистически значимых различий в исследуемых подгруппах.

После определения интеллектуального дефицита и проведения корреляционного анализа, были получены следующие результаты.

Показатель интеллектуального дефицита и значения параметров тревожности, определенной по шкале тревожности у дошкольников (Spence S.H., Rapee R., 1999) демонстрируют статистически значимые ($p<0,05$) тесные отрицательные взаимовлияния. Чем меньше интеллектуальный дефицит, тем выше общий балл тревожности ($Rsp=-0,380$), социальная тревога ($Rsp=-0,295$),

страх телесных повреждений ($Rsp=-0,320$), сепарационная тревога ($Rsp=-0,384$). Корреляционный анализ присущих обычным детям страхов (выявленных при помощи опросника А.И. Захарова «Подверженность ребенка страхам» и шкалы Children's Fear Scale) показал достоверную ($p<0,05$) отрицательную корреляционную связь между значением интеллектуального дефицита и общим количеством страхов ($Rsp=-0,278$), уровнем страхов по отношению к возрастной норме ($Rsp=-0,209$), а также страхом нападения бандитов ($Rsp=-0,28$), смерти собственных родителей ($Rsp=-0,241$), что накажет мама или папа ($Rsp=-0,305$), страхом Кощяя, Бабы Яги ($Rsp=-0,296$), высоты ($Rsp=-0,329$), пожара ($Rsp=-0,239$), войны ($Rsp=-0,256$), других врачей, кроме зубных ($Rsp=-0,239$). Страх тревожных снов с неприятными сновидениями продемонстрировал статистически значимую ($p<0,05$) отрицательную корреляционную связь со значением интеллектуального дефицита ($Rsp=-0,347$). Интеллектуальный дефицит у детей с аутизмом имеет достоверные ($p<0,05$) положительные взаимовлияния слабой степени ($Rsp=0,238$) с отсутствием «чувства края» и стремлением выбежать на проезжую часть улицы ($Rsp=0,406$).

Таким образом, чем меньше интеллектуальный дефицит у детей с аутизмом, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса, тем выше показатели тревожности (общий балл тревожности, социальная, сепарационная тревожность и страх телесных повреждений) и страхи, присущие обычным детям. Чем больше интеллектуальный дефицит, тем выраженное стремление выбежать на проезжую часть улицы и отсутствие «чувства края».

ГЛАВА 5

ВЗАИМОСВЯЗИ ПРОЯВЛЕНИЙ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Корреляционный анализ выявил достоверную ($p<0,05$) отрицательную корреляционную связь средней степени в исследуемой группе детей с аутизмом показателя возраста развития, определенного по шкале PEP-R, и наличия у ребенка стремления выбежать на проезжую часть улицы (Таблица 5.1). Таким образом, низкий психологический возраст у ребенка с РАС связан с наличием у него стремления выбежать на проезжую часть улицы. Такое реагирование на опасность может быть связано с трудностями в обучении и различении угрожающих сигналов. Так, Russell J.D. с соавторами утверждают, что дети менее, чем взрослые, обучаются угрозам. Нейронные связи, сформированные в результате обучения угрожающим стимулам, демонстрируют относительную стабильность у здоровых взрослых, но в процессе развития эти цепи претерпевают значительные изменения [147]. Хотя лонгитудинальных исследований обучения угрозам в нормативных педиатрических выборках остается немного, из нескольких поперечных (cross-sectional) работ можно сделать осторожные выводы. В частности, низкий уровень развития может уменьшать способность различать сигналы угрозы и безопасности в парадигмах дифференцированного обучения угрозе, поскольку суммирующие результаты показывают, что взрослые превосходят подростков, которые, в свою очередь, превосходят детей [162]. Эти преимущества могут быть отчасти обусловлены созреванием функциональных связей между регулирующими префронтальными областями и миндалевидным телом, включая вентромедиальную префронтальную кору (vm PFC), которая может оказывать ингибирующее влияние на исходящие из миндалевидного тела реакции на угрозу и дорсолатеральную префронтальную область коры (dlPFC), которая, как установлено, классифицирует стимулы, сигнализирующие об угрозе, отделяя их от безопасных [162].

Таблица 5.1. - Сравнительная характеристика корреляционных связей между показателем РЕР-R возраста развития и наличием стремления выбежать на проезжую часть улицы у детей разных исследуемых групп

Показатель	РЕР-R возраст развития			Уровень статистической значимости коэффициента корреляции, р
	Группа 1 (n=100)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)	
Наличие стремления выбежать на проезжую часть улицы	Rsp=-0,542*	Rsp=-0,096	Rsp=-0,061	p ₁ <0,05* p ₂ >0,05 p ₃ >0,05

Примечание: проверка значимости корреляционной связи для двух выборок проводилось при расчете показателя ранговой корреляции Спирмена; p₁ – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 1 гр.; p₂ – уровень статистической значимости коэффициента корреляции во 2 гр.; p₃ – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 3 гр.

При сравнении корреляционной связи, между показателями CARS (шкалы тяжести детского аутизма) (Таблица 5.2) и психологическим возрастом развития, определенным по шкале РЕР-R, обнаружена статистически значимая ($p_1<0,01$) отрицательная корреляционная связь высокой интенсивности ($Rsp=-0,658$). Таким образом, чем ниже психологический возраст развития, тем тяжелее аутизм в наблюданной нами выборке детей с аутизмом.

Выявлена достоверная ($p_1<0,01$) положительная корреляционная связь средней интенсивности ($Rsp =0,348$) между значением CARS (Таблица 5.2), и составом семьи. Чем больше показатель шкалы CARS, т.е., чем тяжелее аутистические проявления, тем выше вероятность, что у ребенка будет неполная семья. По нашим наблюдениям, отцы из таких семей уходят, и ребенка остается воспитывать одна мать, или же у него изначально нет полной семьи. Что не противоречит данным литературы. У родителей детей с РАС частота разводов была выше, чем в группе сравнения [160, 137].

Таблица 5.2. - Сравнительная характеристика корреляционной связи между показателями CARS и рядом показателей у детей разных исследуемых групп

Показатель	CARS знач. ($M \pm \sigma$)			Уровень статистической значимости коэффициента корреляции, p
	Группа 1 (n=100)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)	
	36,4±4,4	15,4±0,8	15,1±0,3	
PEP-R возраст развития	Rsp=-0,658	Rsp=0,116	Rsp=0,020	$p_1 < 0,01^*$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$
Семья (полная, неполная, отсутствует)	Rsp =0,348	Rsp =-0,007	Rsp= -0,088	$p_1 < 0,01^*$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$

Примечание: проверка значимости корреляционной связи для двух выборок проводилось при расчете показателя ранговой корреляции Спирмена; p_1 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 1 гр.; p_2 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции во 2 гр.; p_3 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 3 гр.

Сравнительный анализ корреляционной связи между значением CARS и рядом показателей уровня страха у детей разных исследуемых групп выявил следующие закономерности. Наличие стремления выбежать на проезжую часть улицы у детей с аутизмом (Таблица 5.3) и значение CARS показывают статистически значимые ($p_1 < 0,01$) тесные положительные взаимовлияния средней степени ($Rsp=0,515$). Таким образом, можно рассматривать тяжелые проявления аутизма как условие для наличия у ребенка с РАС стремления выбежать на проезжую часть улицы. Причем, предшествующий опыт таких поступков часто приводил к опасным ситуациям, но ребенок с аутизмом не зафиксировал это в памяти и в дальнейшем не начал испытывать страх, а продолжал выбегать на дорогу и попадать в опасные ситуации: при анализе была обнаружена достоверная ($p < 0,01$) положительная корреляционная связь средней степени ($Rsp=0,527$) между наличием предыдущего опыта попадания в опасные ситуации на проезжей части улицы, при стремлении выбежать на нее, и тяжестью аутистических проявлений. Дети с аутизмом тем больше демонстрируют нарушение различения угроза-безопасность, чем более выражены симптомы аутизма.

Таблица 5.3. - Сравнительная характеристика корреляционной связи между показателями CARS и рядом показателей уровня страха у детей разных исследуемых групп

Показатель	CARS знач. ($M \pm \sigma$)			Уровень статистической значимости коэффициента корреляции, p
	Группа 1 (n=100)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)	
	$36,4 \pm 4,4$	$15,4 \pm 0,8$	$15,1 \pm 0,3$	
Наличие стремления выбежать на проезжую часть улицы	Rsp=0,515*	Rsp=0,000	Rsp=0,000	$p_1 < 0,01^*$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$
Предшествующий опыт	Rsp=0,527*	Rsp=0,000	Rsp=0,000	$p_1 < 0,01^*$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$
Примечание: проверка значимости корреляционной связи для двух выборок проводилось при расчете показателя ранговой корреляции Спирмена; p_1 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 1 гр.; p_2 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции во 2 гр.; p_3 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 3 гр.				

При сравнении корреляционной связи между показателем CARS и отсутствием чувства края у детей с аутизмом (Таблица 5.4) были обнаружены статистически значимые ($p_1 < 0,05$) тесные положительные взаимовлияния слабой степени (Rsp=0,219). В данном случае предшествующий опыт таких поступков часто приводил к опасным последствиям (например, ребенок выпадал из кровати, что часто сопровождалось травматизацией), но больной аутизмом не зафиксировал это в памяти и в дальнейшем не начал испытывать страх, а продолжал попадать в опасные ситуации: при анализе была обнаружена достоверная ($p < 0,01$) положительная корреляционная связь слабой степени (Rsp=0,245) между наличием предыдущего опыта травматизации, связанного с наличием отсутствия чувства края, и тяжестью аутистических проявлений.

Таблица 5.4. - Сравнительная характеристика корреляционной связи между показателями CARS и рядом показателей уровня страха у детей разных исследуемых групп

Показатель	CARS знач. ($M \pm \sigma$)	Уровень
------------	-------------------------------	---------

	Группа 1 (n=100)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)	статистической значимости коэффициента корреляции, р
	36,4±4,4	15,4±0,8	15,1±0,3	
Наличие у ребенка отсутствия чувства края	Rsp=0,219*	Rsp=0,000	Rsp=0,000	p ₁ =0,03* p ₂ >0,05 p ₃ >0,05
Предшествующий опыт	Rsp=0,245	Rsp=0,000	Rsp=0,000	p ₁ =0,01* p ₂ >0,05 p ₃ >0,05

Примечание: проверка значимости корреляционной связи для двух выборок проводилось при расчете показателя ранговой корреляции Спирмена; p₁ – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 1 гр.; p₂ – уровень статистической значимости коэффициента корреляции во 2 гр.; p₃ – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 3 гр.

Сравнительный анализ корреляционной связи между показателем CARS и наличием стремления убежать на прогулке у детей с расстройством спектра аутизма (Таблица 5.5) демонстрирует статистически значимую (p₁<0,01) положительную корреляционную связь средней степени (Rsp=0,384). Таким образом, чем тяжелее проявления аутизма, тем больше стремление у ребенка с РАС убежать на прогулке. Причем, опасный опыт таких побегов часто приводил к опасным ситуациям (например, ребенок мог упасть с края обрыва, заблудиться), но это не испугало больного и не привело к изменению модели поведения: при анализе была обнаружена достоверная (p<0,01) положительная корреляционная связь средней степени (Rsp=0,313) между наличием предшествующего опыта попадания в опасные ситуации во время убегания на прогулке и тяжестью аутистических проявлений.

Таблица 5.5. - Сравнительная характеристика корреляционной связи между показателями CARS и рядом показателей уровня страха у детей разных исследуемых групп

Показатель	CARS знач. (M±σ)			Уровень статистической значимости
	Группа 1 (n=100)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)	

	$36,4 \pm 4,4$	$15,4 \pm 0,8$	$15,1 \pm 0,3$	коэффициента корреляции, р
Наличие у ребенка стремления убежать на прогулке	Rsp=0,384*	Rsp=0,000	Rsp=0,000	$p_1 < 0,01^*$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$
Предшествующий опыт	Rsp=0,313*	Rsp=0,000	Rsp=0,000	$p_1 < 0,01^*$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$

Примечание: проверка значимости корреляционной связи для двух выборок проводилось при расчете показателя ранговой корреляции Спирмена; p_1 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 1 гр.; p_2 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции во 2 гр.; p_3 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 3 гр.

Таблица 5.6. - Сравнительная характеристика корреляционной связи между показателями уровня страха телесных повреждений и стремления выбежать на проезжую часть у детей разных исследуемых групп

Показатель	Значение страха телесных повреждений			Уровень статистической значимости коэффициента корреляции, р
	Группа 1 (n=100)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)	
Стремление выбежать на проезжую часть	Rsp=-0,370*	Rsp=0,000	Rsp=0,000	$p_1 < 0,05^*$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$

Примечание: проверка значимости корреляционной связи для двух выборок проводилось при расчете показателя ранговой корреляции Спирмена; p_1 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 1 гр.; p_2 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции во 2 гр.; p_3 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 3 гр.

При сравнении корреляционной связи между показателем уровня страха телесных повреждений и стремлением выбежать на проезжую часть в группе детей с аутизмом (Таблица 5.6) были обнаружены статистически значимые ($p < 0,05$) тесные отрицательные взаимовлияния средней степени (Rsp=-0,370). Таким образом, чем ниже значение страха телесных повреждений, тем большее стремление у ребенка с РАС выбежать на проезжую часть, что не отмечено в группах здоровых детей и обследуемых с тревожно-фобическими расстройствами.

Наличие стремления выбежать на проезжую часть улицы у детей с аутизмом (Таблица 5.7), и значение сепарационной тревоги показывает статистически значимые ($p_1 < 0,05$) тесные отрицательные взаимовлияния средней степени ($Rsp = -0,386$). Таким образом, чем ниже значение сепарационной тревоги, тем выше стремление выбежать на проезжую часть улицы у ребенка с РАС, что не характерно для здоровых детей и обследуемых с тревожно-фобическими расстройствами.

Таблица 5.7. - Сравнительная характеристика корреляционной связи между значением уровня сепарационной тревоги стремлением выбежать на проезжую часть у детей разных исследуемых групп

Показатель	Значение сепарационной тревоги			Уровень статистической значимости коэффициента корреляции, p
	Группа 1 (n=100)	Группа 2 (n=30)	Группа 3 (n=30)	
Стремление выбежать на проезжую часть	$Rsp = -0,386^*$	$Rsp = 0,000$	$Rsp = 0,000$	$p_1 < 0,05^*$ $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$

Примечание: проверка значимости корреляционной связи для двух выборок проводилось при расчете показателя ранговой корреляции Спирмена; p_1 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 1 гр.; p_2 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции во 2 гр.; p_3 – уровень статистической значимости коэффициента корреляции в 3 гр.

Вышеприведенные результаты анализа полученных нами данных можно объяснить следующим образом. Если рассматривать аутизм как систему, болезнь, которая сама себя поддерживает и воспроизводит, используя ресурсы организма, то получается, что, чем глубже аутизм, тем больше болезнь «перехватывает» управление психической деятельностью такого ребенка. Поэтому при стрессе проявляются не характерные для нормальной психики модели поведения, а паттерны поведения, искаженные аутизмом. Дети с аутизмом тем больше демонстрируют нарушение различения угроза-безопасность, чем более выражены симптомы аутизма и ниже психологический возраст развития. Это, вероятно, связано с тем, что низкий уровень развития может уменьшать способность различать сигналы угрозы и безопасности в парадигмах дифференцированного

обучения угрозе. Дети с аутизмом, проживающие в условиях хронического психосоциального стресса (боевых действий в Донбассе), находятся под его влиянием. Однако они в силу того, что «аутизм – сложное расстройство психического развития, возникающее вследствие нарушения развития, характеризующееся отсутствием способности к социальному взаимодействию, общению, стереотипностью поведения и ограниченными интересами», иначе, чем нормотипические дети, реагируют на стрессовые ситуации.

Из вышеизложенного следует, что при изучении корреляционной связи между показателями CARS (шкалы тяжести детского аутизма) и психологическим возрастом развития, определенным по шкале РЕР-Р, обнаружена статистически значимая ($p<0,01$) отрицательная корреляционная связь высокой интенсивности ($Rsp=-0,658$). Таким образом, чем ниже психологический возраст развития, тем тяжелее аутизм в наблюданной нами выборке детей с аутизмом.

Выявлена достоверная ($p<0,01$) положительная корреляционная связь средней интенсивности ($Rsp=0,348$) между значением CARS и составом семьи. Чем больше показатель шкалы CARS, т.е., чем тяжелее аутистические проявления, тем выше вероятность, что у ребенка будет неполная семья. По нашим наблюдениям, отцы из таких семей уходят, и ребенка остается воспитывать одна мать, или же у него изначально нет полной семьи.

При анализе корреляционной связи между значением CARS и рядом специфических показателей «слабости инстинкта самосохранения» у детей с аутизмом выявлены следующие закономерности.

Наличие стремления выбежать на проезжую часть улицы у детей с аутизмом и значение CARS демонстрируют статистически значимые ($p<0,01$) тесные положительные взаимовлияния средней степени ($Rsp=0,515$). У этих больных наличие стремления выбежать на проезжую часть улицы также обнаружило достоверную ($p<0,05$) отрицательную корреляционную связь средней степени с показателем возраста развития, определенного по шкале РЕР-Р. Таким образом, можно считать тяжелые проявления аутизма (низкий психологический возраст, с учётом корреляции данных показателей) связанными с наличием у

ребенка с РАС стремления выбежать на проезжую часть улицы. Причем, предшествующий опыт таких поступков часто приводил к опасным ситуациям, но ребенок с аутизмом не зафиксировал это в памяти и в дальнейшем не начал испытывать страх, а продолжал выбегать на дорогу и попадать в опасные ситуации: при анализе была обнаружена достоверная ($p<0,01$) положительная корреляционная связь средней степени ($Rsp=0,527$) между наличием предыдущего опыта попадания в опасные ситуации на проезжей части улицы, при стремлении выбежать на нее, и тяжестью аутистических проявлений. Дети с аутизмом тем больше демонстрируют нарушение различения угроза-безопасность, чем более выражены симптомы аутизма.

Анализ корреляции показателя CARS и наличия стремления убежать на прогулке у детей с расстройством спектра аутизма демонстрирует статистически значимую ($p<0,01$) положительную связь средней степени ($Rsp=0,384$). Таким образом, чем тяжелее проявления аутизма, тем больше стремление у ребенка с РАС убежать на прогулке. Причем, опыт таких побегов часто приводил к опасным ситуациям (например, ребенок мог упасть с края обрыва, заблудиться), но это не испугало его и не привело к изменению модели поведения: при анализе была обнаружена достоверная ($p<0,01$) положительная корреляционная связь средней степени ($Rsp=0,313$) между наличием предыдущего опыта попадания в опасные ситуации во время убегания на прогулке и тяжестью аутистических проявлений.

Обнаружены также статистически значимые ($p<0,05$) тесные положительные взаимовлияния слабой степени ($Rsp=0,219$) между показателем CARS и отсутствием чувства края у детей с аутизмом. В данном случае предшествующий опыт таких поступков часто приводил к опасным последствиям (например, ребенок выпадал из кровати, что часто сопровождалось травматизацией), но больной аутизмом не зафиксировал это в памяти и в дальнейшем не испытывал страх, а продолжал попадать в опасные ситуации: при анализе обнаружена достоверная ($p<0,01$) положительная корреляционная связь слабой степени ($Rsp=0,245$) между наличием предыдущего опыта травматизации,

связанного с наличием отсутствия чувства края, и тяжестью аутистических проявлений.

Наличие стремления выбежать на проезжую часть улицы у детей с аутизмом и значение сепарационной тревоги показывают статистически значимые ($p<0,05$) тесные отрицательные взаимовлияния средней степени ($Rsp=-0,386$). Таким образом, чем ниже значение сепарационной тревоги, тем выше стремление выбежать на проезжую часть улицы у ребенка с РАС, что не характерно для здоровых детей и обследуемых с тревожно-фобическими расстройствами.

Кроме того, в группе детей с аутизмом стремление выбежать на проезжую часть обнаружило статистически значимые ($p<0,05$), тесные отрицательные взаимовлияния средней степени ($Rsp=-0,370$) с показателем уровня страха телесных повреждений. Таким образом, чем ниже значение страха телесных повреждений, тем больше у ребенка с РАС стремление выбежать на проезжую часть, что не отмечено в группах здоровых детей и обследуемых с тревожно-фобическими расстройствами.

Рассматривая аутизм как систему, которая сама себя поддерживает и воспроизводит, используя ресурсы организма, можно предположить, что, чем глубже аутизм, тем больше болезнь «перехватывает» управление психической деятельностью такого ребенка. Поэтому при стрессе проявляются не характерные для нормальной психики модели поведения, а паттерны, искаженные аутизмом. Такие дети тем больше демонстрируют нарушение различения «угроза-безопасность», чем более выражены симптомы аутизма и ниже психологический возраст развития. Дети с аутизмом, проживающие в условиях хронического психосоциального стресса (боевых действий в Донбассе), находятся под его влиянием. Однако они в силу нарушения психического развития, характеризующегося отсутствием способности к социальному взаимодействию, общению, стереотипностью поведения и ограниченными интересами, иначе, чем нормотипические дети, реагируют на стрессовые ситуации.

ГЛАВА 6

РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА

Исследование проводилось в ГКДОУ Детский сад №11 "Колокольчик" г. Горловка ДНР, где успешно реализуется комплексная программа поддержки детей с аутизмом, при совмещении образовательного и медицинского направлений для оказания консультативно-диагностической и коррекционно-реабилитационной помощи детям в возрасте от 3 до 8 лет, проживающим в г. Горловка и прилегающих районах; в работе с детьми принимали участие педагоги-дефектологи, психологи, логопеды и врач-психиатр.

При выборе терапии учитывались:

- 1) наличие согласия родителей на терапию, в том числе, на назначение медикаментозной терапии;
- 2) клиническая отчетливость тревожно-фобической патологии, специфических фобий (выраженность симптома: отсутствует, незначительно выражен, умеренно выражен, значительно выражен; встречаемость симптома: отсутствует, проявляется эпизодически, проявляется часто, присутствует постоянно);
- 3) тяжесть аутистических проявлений, определенная по шкале CARS, и величина психологического возраста согласно шкале PEP-R.

Разработанная система лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса включала медикаментозную терапию и психотерапию.

При определении стратегии лекарственного лечения учитывались возраст больных, психопатологическая квалификация их основных психических

расстройств и степень выраженности психопатологических симптомов. Решение о назначении лекарственной терапии принималось индивидуально. Основными этапами медикаментозного лечения были выбор лекарственных препаратов и определение продолжительности их назначения. Каждый из этих этапов базировался на особенностях клинической картины тревожно-фобических проявлений. Из антипсихотиков, при необходимости, использовался в основном, рисполепт по 0,5-1,0 мг в сутки или галоперидол 0,025-0,05 мг/кг массы тела, разделенной на 2-3 приема. В связи с наличием у исследуемых когнитивных нарушений им назначались ноотропы: пантогам по 0,75 мг в сутки в течение 2-х месяцев. Значительная часть проведения исследований пришлась на период действия Клинических рекомендаций «Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация», разработанных общественной организацией «Российское общество психиатров» и утвержденных Минздравом РФ 14.08.2020 г. [70]. В период действия следующих клинических рекомендаций лечение проводилось в соответствии с ними [72].

Психотерапия была направлена на снижение тревожности и устранение специфических фобий. Для этого использовалось сенсибилизирующее воздействие на патологически измененный анализатор с использованием неизмененного анализатора путём применения классической музыки без низких частот как фона во время проведения занятий с психологом (2 раза в неделю – всего 40 занятий), представляющее собой компиляцию методик Монтессори, Домана, с элементами кинезиологии, психогимнастики и релаксации, а также когнитивно-поведенческой терапии, игровой терапии. Для уменьшения тревожно-фобических проявлений использовались сенсибилизирующие стимулы, повышающие толерантность к воздействиям различной сенсорной модальности: сенсорный бассейн, тактильное панно, сенсорные коврики, тактильные дорожки, сенсорные книжки, материалы для лепки, занятия со съедобными фруктами и овощами, изменение интенсивности освещения, лампы с визуальными эффектами [84].

На ранних этапах реализации комплексных мероприятий лечебно-реабилитационных системы одним из приоритетных направлений становилось формирование у родителей детей данного контингента приверженности соблюдению рекомендаций специалистов. Для этого проводилась семейная терапия совместно с родителями, бабушками, и другими близкими родственниками, активно участвующими в воспитании детей (10 занятий). На занятиях детально рассматривались используемые медикаменты, их потенциальные побочные эффекты и терапевтическая динамика состояния детей. С родителями активно обсуждалось применяемые методики, ликвидировался дефицит знаний о РАС, обговаривались особенности функционирования психики пациентов, страдающих аутизмом, проводилось обучение родителей демонстрации ими эмоций таким детям для способствования развитию их эмоционального интеллекта, в свою очередь, снижающего тревожность данных больных. Также демонстрировались и анализировались фильмы, которые так или иначе касались проблемы людей с аутизмом. Одним из ключевых аспектов психообразовательной работы было расширение знаний родителей о заболевании их ребенка и формирование конструктивного отношения семьи к проблемам, связанным с состоянием больного ребенка. Практиковалось присутствие родителей на занятиях, чтобы совместно с персоналом детского сада обозначить картину психического состояния ребенка, основные проблемы и совместную выработку решений этих проблем. При недостаточной эффективности вышеперечисленного проводились психообразовательные мероприятия в групповом формате, созданном совместно врачом-психиатром и психологом, с привлечением более комплаентных родителей детей с аутизмом. «Более опытные» родители делились своими переживаниями, опасениями, способом и результатом их преодоления. Обсуждались вопросы, связанные с методами противодействия стигматизирующему влиянию общества. Занятия в групповом формате проводились по мере потребности в дополнительной информации.

Количество ведущих в группах могло варьироваться, но оптимальным вариантом обычно считалось наличие двух специалистов – врача-психиатра/психолога и логопеда/дефектолога. Их роли были четко определены и дополняли друг друга. Врач-психиатр отвечал за содержание образовательной программы, включая информацию о заболевании, его причинах, течении, прогнозе, индивидуальных особенностях и медикаментозном лечении. Он не только делился знаниями, но и поощрял участие участников группы, направляя обсуждения и создавая подходящую атмосферу для обучения. Обязательным условием работы группы являлось присутствие хотя бы одного родителя, активно взаимодействующего с врачами и делящегося своими переживаниями.

Родители, имеющие хороший контакт с медперсоналом и осознающие болезнь своего ребенка, должны были быть образцом для других участников. Ведущий группы отвечал за отбор кандидатов и решал вопрос о включении в группу на основе предварительного индивидуального консультирования. Индивидуальные беседы с родителями помогали выработать их мотивацию к участию в группе, т.к. такие родители, как правило, не желают посещать подобного рода мероприятия.

В то же время, ведущие вдохновляли участников на активность, организовывали и поощряли их взаимодействие, предоставляли обратную связь, учитывающую их потребности и мнения, а также следили за временем и порядком обсуждений. Кроме изучения материала, важной задачей было также обеспечение психосоциальной поддержки. Ведущие стремились создать атмосферу безопасности и уюта для каждого участника, что оставалось важным на протяжении всего процесса обучения. Занятия проводились по определенной схеме, общей для всех групповых методов работы, включающей вводную часть, основное содержание и дальнейшее обсуждение. Планы курсов разрабатывались ведущими на основе предварительного анализа потребностей участников, чтобы учитывать их индивидуальные особенности. Один из главных результатов работы в психотерапевтических группах заключается в том, что участники развивают способности к гармоничному взаимодействию как в

индивидуальном, так и в межличностном аспектах, которые могут быть применимы и за пределами терапевтической среды. Участие в психообразовательных группах позволяло участникам сопоставлять свои эмоциональные реакции с реакциями других, улучшать навыки выражения своих эмоций и контроля над ними, преодолевать чувство одиночества, верить в позитивные изменения и принимать трудные моменты своей жизни, в том числе, болезнь ребенка.

Конечной целью проводимой системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса являлось снижение специфических фобий больных до уровня, который позволяет последующую успешную интеграцию таких детей в общество [130].

Применение когнитивно-поведенческой терапии осуществлялось с частичным присутствием родителей для того, чтобы они обучались принципам преодоления страхов их детей, т.к. низкий возраст развития исследуемой группы детей не в полной мере позволял использовать этот вид психотерапии. Приобретенные компетенции родителей должны были закреплять эффект терапии в привычных для ребенка условиях. Основные принципы когнитивно-поведенческой терапии заключались в следующем:

1. Принимать и признавать страхи ребенка как естественное состояние, не ставить это состояние вне закона.
2. Обучать ребенка управлять своими эмоциями, развивать навыки саморегуляции, уверенности и самоэффективности.
3. Помогать ребенку понимать корни своих страхов и идентифицировать триггеры, вызывающие их.
4. Обучать ребенка адаптивным стратегиям преодоления страха, например, через релаксацию, дыхательные упражнения, психообразование и др.
5. Поощрять ребенка и поддерживать его в процессе преодоления страхов, создавая безопасную обстановку для выражения и обсуждения своих эмоций.

6. Содействовать переработке негативного опыта и формированию новых позитивных убеждений о себе и мире.

7. Применять игровые методики и техники, которые помогут ребенку более легко и эффективно преодолевать страхи и развивать ресурсные стратегии поведения.

Использование методики Монтессори при работе с детьми с аутизмом было направлено на развитие их когнитивных способностей, чтобы лучше сформировать картину мира и быстрее развить понимание об опасностях и не опасных вещах и явлениях. Основные цели использования методики Монтессори при работе с данным контингентом детей были направлены на формирование:

- 1) самостоятельности и независимости;
- 2) свободы и саморегуляции;
- 3) развития сенсорных навыков;
- 4) саморазвитие и самообразование.

Одно из преимуществ методики Монтессори, которое мы использовали при работе с детьми с РАС, – данный метод позволяет им развиваться в своем собственном темпе, что чрезвычайно важно при работе с подобным контингентом.

Методика Домана использовалась для обеспечения более глубокого понимания языка и способствования общему развитию детей. В процессе обучения применялись карточки с крупными буквами и изображениями, которые привлекают внимание детей и стимулируют визуальное восприятие. Дети активно вовлекались в процесс обучения, что при работе с больными аутизмом является одним из очень важных аспектов. Занятия проводились в игровой форме с постепенным усложнением. Важным аспектом являлось создание комфортной и поддерживающей среды, где дети могут экспериментировать и учиться без страха перед неудачами. В работе, направленной на преодоление специфических фобий у детей с РАС, при

использовании методики Домана основой было улучшение их когнитивных навыков и формирование уверенности в своих способностях.

Страх может сильно влиять на поведение детей с аутизмом, затрудняя контакт с ними и ограничивая их взаимодействие с окружающим миром. Поэтому важно создать условия, которые помогут снизить уровень тревоги и как предотвратить появление новых страхов, так и аккуратно работать над устранением уже существующих. Предсказуемость и стабильность ситуации способствуют уменьшению тревоги у ребенка. Важно также "подключить" взрослого к аутостимуляции ребенка, например, пытаясь имитировать его стереотипное поведение. Постепенно вводятся новые положительные детали, чтобы расширить и усложнить игровое или бытовое поведение ребенка в ситуации комфорта. Родители, присутствуя на занятиях, обучались данным приемам для того, чтобы в домашних условиях они могли работать с проявлениями специфических фобий у своих детей, уменьшая их выраженность в привычных условиях. Таким образом увеличивался «хват» терапевтического воздействия, осуществляемого не только в присутствии психотерапевта, но и в повседневных бытовых условиях, привычных для ребенка.

Включение элементов кинезиологии в систему психотерапевтической помощи при тревожно-фобических расстройствах у детей с расстройствами аутистического спектра было рассчитано на то, что двигательная активность может помочь улучшить моторные навыки, координацию и сенсорное восприятие. Использовались техники, направленные на совершенствование сенсорной интеграции, осознание тела и его движений, что помогает детям с аутизмом адаптироваться к различным сенсорным стимулам и снижать уровни страхов и тревоги. Использовались ролевые игры и ситуации, которые призваны помочь детям безопасно исследовать свои страхи и научиться с ними справляться. Чтобы выявить конкретные страхи и снизить эмоциональное напряжение, связанное с тревогой, мы предложили в игровом формате создать ситуацию «острой безопасности». Родитель с ребенком могут прятаться под столом, одеялом или в игровой домик – в место, которое они считают

безопасным и уютным. Важно подчеркивать надежность этого укрытия, делая комментарии, которые противопоставляют его комфорт опасности внешнего мира, где слышен ветер, шум дождя и т.д. Можно предложить ребенку взглянуть в окно на бушующую природу или даже выйти на мгновение под «дождь и ветер», а потом вернуться в безопасное место. В такой ситуации ребенок может проявить страх, называя его (например, «боится собак») или демонстрируя его пугливым поведением (например, ударив ногой по розетке и сразу же возвращаясь обратно).

Элементы психогимнастики были включены в систему реабилитации благодаря тому, что движение и игра способствует улучшению психологического состояния и социальной адаптации детей. Индивидуальный подход и постепенное знакомство с объектом или ситуацией в безопасной и контролируемой среде являются предпочтительными для работы со специфическими фобиями у детей с РАС. Использование игр и творческих заданий может помочь создать расслабляющую атмосферу, снизить уровень тревожности и облегчить общение. Активно использовались движение и физические упражнения, помогающие детям выразить свои эмоции и снять напряжение, а также улучшить общее эмоциональное состояние. Для развития сенсорного восприятия были использованы разнообразные материалы (текстуры, звуки, цвета), чтобы помочь детям выразить свои чувства и научиться регулировать собственные эмоции.

Развитие социальных навыков происходило посредством включения в разработанный нами комплекс совместных игр и заданий, которые могут помочь детям наладить взаимодействие с другими и уменьшить страх перед социализацией. Создавалась атмосфера безопасности и комфорта, что, по нашему мнению, способствовало уменьшению страхов. После выполнения заданий оказывалась поддержка детям за их усилия и прогресс.

Работа с детьми с аутизмом и специфическими фобиями рассматривалась как комплексный процесс. Активно использовалось взаимодействие психолога, логопеда с дефектологами и врачом-психиатром.

Можно также сделать вывод о применимости принципов первичного воздействия при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) у детей и в случае наличия у них РАС (при достаточном для проведения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) уровня интеллекта).

Отмечено различие между аберрантным усвоением угроз при ПТСР, возникающем в раннем детстве, и во взрослом возрасте. В то время как повышенная бдительность (гипервигилитет) и чувство укороченного будущего являются «центральными» симптомами, оказывающими огромное влияние на все остальные, как у подростков, так и у взрослых, у детей в качестве центральных проявляются симптомы избегания активности, а также физиологической реактивности [162]. Например, ребенок затрудняется идентифицировать медицинский персонал как безопасный, а не угрожающий.

Руководствуясь принципами КПТ и основанной на цикле конфликта модели кризисного вмешательства в жизненном пространстве (LCSI), работник психического здоровья может успешно провести вынужденное, «рыхлое» интервью с пациентом-ребенком с ПТСР в условиях отделения неотложной помощи [130,132]. Его вклад в разрядку или эскалацию ситуации можно увидеть на рисунке 6.1.



Рисунок 6.1. - Смешанная модель конфликта КПТ и кризисного вмешательства в жизненном пространстве (LCSI) [84, 130].

Внешнее сплошное кольцо изображает цикл конфликта. При эскалации ребенок изо всех сил пытается получить доступ к мыслям и рефлекторно прибегает к неадаптивному избеганию и повторению предыдущего травматического опыта. Опытный, терпеливый интервьюер (Δ) помогает в регулировании посредством отвода, стратегической нереактивности, просоциальной рефлексии и подтверждения способностей ребенка. После регулирования у ребенка появляется больше доступа к мыслям, рассуждениям, решению проблем и, в конечном счете, обучению.

Кризисное вмешательство в жизненном пространстве (LSCI) – это основанная на работе головного мозга, травма-информированная, вербальная стратегия построения взаимоотношений, которая превращает кризисные ситуации в возможности обучения для молодых людей, демонстрирующих проблемное поведение. LSCI предоставляет педагогам, консультантам, социальным работникам, психологам, работникам по уходу за детьми и молодежью, родителям и другим оказывающим помощь взрослым систематический 6-этапный процесс перехода от стресса и конфликта к инсайту и долгосрочному изменению поведения [84, 132].

Во фruстриющей ситуации общения взрослому слишком легко забыть, что единственный фактор, который он действительно может контролировать с ребенком, находящимся в беде, – это его собственная реакция. Когда обеспечена безопасность пациента, спокойный, сострадательный подход проецирует беспокойство и любопытство, регулирует как ребенка, так и интервьюера и способствует переосмыслению ситуации как менее угрожающей. Ребенку предлагают еду. Стратегическое молчание взрослого и нереагирование на антисоциальное поведение позволяют избегать обратного связывания с циклом конфликта [84, 132]. Ровное дыхание помогает пациенту успокоить свои сильные эмоции. Как только его поведение становится хоть немного регулируемым – и ни минутой раньше – взрослый обращается к нему с простым сообщением, состоящим из трех частей: «Я понимаю, что ты очень зол, но я не знаю, на что ты так зол. Мне бы очень хотелось услышать, что происходит с твоей точки зрения».

Это заявление сразу же признаёт страдания пациента, выражает потребность узнать больше и готовность попытаться понять [84, 132].

Следующее приглашение оформляет переход от отстраненности к пониманию и решениям: «Я могу сказать, что это серьезная ситуация для тебя. Она требует серьезного размышления о том, что будет тебе полезно» [84, 132]. Взрослый использует рефлексивное слушание (вербальное и невербальное), намеренно и тонко формируя продуктивное общение, а также распознавая просоциальное поведение [130]. Вместо того, чтобы играть на неадаптивных попытках ребенка проецировать контроль над другими, взрослый подтверждает его способности и самоконтроль: «Хотя это и сложно, когда ты говоришь о подобной проблеме, из путаницы начинает появляться её смысл. Тебе удается с ней справиться» [84, 132].

Большинство вмешательств, ориентированных на молодежь, непосредственно сосредоточены на изменении проблемного и шаблонного поведения детей [84, 132]. Хотя это и естественный рефлекс исправления, данный состязательный подход в лучшем случае близорук, а в худшем – закрепляет проблемное поведение, что приводит к контратерапевтическим эффектам и дальнейшему недоверию к детям-пациентам с ПТСР и другим молодым людям с травматическим анамнезом. Эффективные изменения начинаются со взрослыми. Ребенок не должен испытывать недостатка в «жизненном материале» для взаимодействия и общения. Мягкий стиль воздействия не только позволяет разработать план безопасности, но также выявляет основные проблемы, лежащие в основе тревожного поведения пациента, открывая путь для дальнейшей амбулаторной работы.

Далее интервьюер совместно с родителями моделирует для семьи уравновешенное общение, нейтралитет по отношению к провокациям, селективную и просоциальную рефлексию и искреннее поощрение. Родители (опекуны) могут извлечь пользу из этого подхода с подтверждением, пониманием и состраданием относительно их собственных трудностей, связанных с заботой и наилучшей помощью своему ребенку.

ГЛАВА 7

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ДАННОЙ СИСТЕМЫ

7.1. Общая оценка эффективности системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса

Для оценки эффективности разработанной лечебно-реабилитационной программы сопоставлялись аналогичные показатели у исследуемой группы из 100 человек (1-я группа) и терапевтической группы сравнения (2-я группа), в состав которой были включены 25 детей с наличием РАС в возрасте от 3 до 8 лет, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса, лечение которым проводилось в соответствии с существующими клиническими рекомендациями.

Через 6 месяцев применения системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических расстройствах у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса проводилось повторное обследование. Критерием успешности комплексного подхода к лечению и реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра служило уменьшение величины показателя выраженности специфических фобий, значение которого получено в результате произведения двух значений характеристик страха (выраженность симптома: 0-отсутствует, 1-

незначительно выражен, 2-умеренно выражен, 3-значительно выражен; встречаемость симптома: 0-отсутствует, 1-проявляется эпизодически, 2-проявляется часто, 3-присутствует постоянно).

В таблице 7.1.1 представлены данные, характеризующие исследуемую группу и терапевтическую группу сравнения, при оценке эффективности лечения тревожно-фобической патологии у детей с аутизмом, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса. В исследуемой группе детей с расстройствами спектра аутизма преобладали лица мужского пола – 84 человека (84,0% всех наблюдений), а также 16 лиц женского пола (16,0%). В терапевтической группе сравнения было 20 (80,0%) мальчиков и 5 (20,0%) девочек. Статистически достоверных отличий по гендерному признаку не отмечено.

Таблица 7.1.1. - Характеристика групп, использованных для оценки эффективности системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса

Показатель	M (SD) (1-я группа, n=100)	M (SD) (2-я группа, n=25)	Уровень значимости статистических различий, p
Средний возраст пациентов	5,310 (1,187)	5,200 (1,155)	p ₁ =0,678
CARS, значение	36,440 (4,411)	36,480 (5,084)	p ₁ =0,969
PEP-R возраст развития	3,083 (1,345)	3,196 (1,370)	p ₁ =0,709
Общая тревожность по шкале PAS	24,080 (11,626)	22,880 (8,676)	p ₁ =0,630
Общее количество страхов по опроснику А.И. Захарова	12,140 (4,427)	11,200 (5,074)	p ₁ =0,358

Примечание: статистические различия вычислялись с применением Т-критерия Стьюдента.

Показатели биологического возраста, степени тяжести детского аутизма, определенные по шкале CARS, психологического возраста развития, тревожности, определенной по шкале PAS, количества страхов по опроснику А.И. Захарова не выявили статистически значимых различий. Соответственно, группы сопоставимы.

В качестве базисных клинических критериев эффективности лечебно-реабилитационной программы использовались, как указано выше, показатели интенсивности специфических фобий. Поскольку интенсивность проявления специфических страхов у детей с аутизмом определяет один из аспектов их проблемного поведения, мы оценивали наиболее интенсивные показатели страхов, т.к. именно они в наибольшей степени определяют связанные с поведением трудности, особенности жизни детей с РАС. Можно сказать, что при уменьшении интенсивности специфических фобий поведение ребенка становится более конгруэнтным окружающей обстановке, что способствует социализации больного и его интеграции во взаимодействие окружающих людей.

Согласно полученным данным, в исследуемой группе (Таблица 7.1.2) среднее значение показателя наивысшей интенсивности специфических фобий до лечения составило 6,08 ($SD=2,40$), и этот показатель в данной группе после лечения с применением разработанной нами системы лечебно-реабилитационных мероприятий составил 4,17 ($SD=2,507$), что было статистически значимо ($p<0,001$) меньше. В группе сравнения среднее значение данного показателя до лечения составило 5,72 ($SD=2,622$), а после – 4,88 ($SD=2,619$). Достоверных различий выявлено не было.

Также оценивался суммарный показатель интенсивности всех специфических фобий у пациента до и после лечения. В исследуемой группе до лечения данный показатель составил 17,01 ($SD=11,721$), а после – 13,35 ($SD=10,890$). Суммарный показатель интенсивности всех специфических фобий у детей с аутизмом после лечения оказался достоверно ($p<0,05$) ниже, чем до лечения. В группе сравнения статистически значимых различий обнаружено не было. Интегративный показатель интенсивности специфических фобий до

лечения в группе сравнения составил 17,08 ($SD=11,881$), после лечения – 14,92 ($SD=11,965$).

Таблица 7.1.2. - Оценка эффективности системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса

Показатель	1-я группа (n=100)		2-я группа (n=25)		p
	Показатель страха до лечения (M (SD))	Показатель страха после лечения (M (SD))	Показатель страха до лечения (M (SD))	Показатель страха после лечения (M (SD))	
	1.1	1.2	2.1	2.2	
Показатель специфических страхов M (SD)	6,08 (2,402)	4,17 (2,507)	5,72 (2,622)	4,88 (2,619)	$p_1 < 0,001^*$ $p_2 = 0,263$ $p_3 = 0,512$ $p_4 = 0,212$
Сумма баллов всех страхов M (SD)	17,01 (11,721)	13,35 (10,890)	17,08 (11,881)	14,92 (11,965)	$p_1 = 0,023^*$ $p_2 = 0,525$ $p_3 = 0,979$ $p_4 = 0,529$

Примечание: статистические различия вычислялись с применением Т-критерия Стьюдента; p_1 – уровень значимости статистических различий между 1.1 гр. и 1.2 гр.; p_2 – уровень значимости статистических различий между 2.1 гр. и 2.2 гр.; p_3 – уровень значимости статистических различий между 1.1 гр. и 2.1 гр.; p_4 – уровень значимости статистических различий между 1.2 гр. и 2.2 гр.

Учитывая вышеизложенное, можно сделать вывод о том, что разработанная нами система лечебно-реабилитационных мероприятий продемонстрировала эффективность при воздействии на специфические фобии у детей с

расстройствами спектра аутизма в условиях воздействия хронического психосоциального стресса.

7.2. Моделирование исхода лечения с применением системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса

Для прогнозирования исхода лечения у детей были построены логистические многофакторные математические модели. В качестве входных параметров были выбраны параметры соматического, психиатрического анамнеза и результаты психологических тестов (всего 41 фактор), которые выражались количественными, а иногда порядковыми показателями, либо имели дихотомический характер: присутствовали у исследуемого (признак равен 1) или отсутствовали (признак равен 0) [125].

Исход лечения прогнозировался либо как его положительный результат (прогнозируемая переменная принимает значение “1”), либо как неблагополучный, отрицательный результат (прогнозируемая переменная принимает значение «0»). Модель строилась на данных 100 историй болезни.

Моделирование, как правило, сопровождается отбором наиболее значимых входных предикторов в модели и выбором оптимальной ее структуры (линейная, логистическая, параболическая, полиномиальная и т.д.).

Для выбора статистически значимых входных переменных разработаны специальные методы: метод пошагового включения, метод пошагового исключения, методы смешанного типа. На первом этапе создания модели была построена логистическая многофакторная модель на 10-ти входных переменных с применением метода пошагового принудительного включения факторов. На втором этапе моделирования с применением метода пошагового выборочного

исключения были отобраны 4 переменных [86]. Результаты прогнозирования моделей представлены в таблицах 7.2.1 и 7.2.3.

Таблица 7.2.1. - Результаты прогнозирования исхода лечения с применением логистической многофакторной модели (на 10 входных признаках).

	Приведенное множество				Всего
	1	%	0	%	
Всего случаев	76	76,0	24	24,0	100
Отнесено к 1	73	85,9	12	14,1	85
Отнесено к 0	3	20,0	12	80,0	15
Множественный коэффициент корреляции, R		0,818			p=0,01
Множественный коэффициент детерминации R ²		0,670			p=0,01
Скоррект. коэффи. детермин. R ²		0,633			p=0,01
F-критерий Фишера		18,089			p=0,001
-2 Log правдоподобия		110,216			
Критерий Хосмера - Лемешова		0,00001			p=1,00
Критерий Дарбина-Уотсон		1,566			p=0,05
Сериальная корреляция остатков		0,198			p=0,01
Чувствительность		74,7 (95%ДИ: 64,8- 83,1)			
Специфичность		60,0 (95%ДИ: 15,4- 93,5)			

В таблице 7.2.1 представлены итоговые статистики модели 1 (10 входных предикторов), из которой можно увидеть, что значение коэффициента множественной корреляции (R) составляет 0,818, а скорректированное значение коэффициента детерминации (R²) – 0,633. Значение F-критерия в первой модели было на уровне 18,089 при p=0,001. Скорректированное значение коэффициента детерминации показывает незначительное сокращение предсказательной мощности модели, которое практически не отличается от грубого значения коэффициента детерминации R² (0,670), что указывает: какая доля вариабельности результирующего фактора может быть объяснена регрессионной моделью. А скорректированное значение коэффициента детерминации показывает, какую долю вариабельности результирующего фактора объясняла бы

эта модель, если бы она была построена на данных всей популяции, из которой была извлечена выборка [86].

Значение критерия Дарбина-Уотсон составило 1,566, а коэффициентserialной корреляции остатков и результирующей переменной равен 0,198, что подтверждает нулевую гипотезу об отсутствии влияния остатков регрессионной кривой на результирующий и факторные признаки.

Расчет результатов прогнозирования показателя «ИЛ» на приведенном множестве (100 случаев) показал, что случаи с «истинно-положительным результатом» составили 85,9%, а случаи с «истинно-отрицательным результатом» – 80,0%. В связи с этим расчетные показатели чувствительности модели составили 74,7 (95%ДИ:64,8-83,1), а специфичности – 60,0 (95%ДИ: 15,4- 93,5) [86].

Формула для расчета показателя «ИЛ» в 1-й модели включает 10 входных предикторов. Коэффициенты модели представлены в таблице 7.2.2.

Таблица 7.2.2. - Коэффициенты биномиальной многофакторной модели (на 10 входных признаках)

Показатели итоговых статистик	Усл. обозн.	β – коэфф.	Стандартная ошибка β	В-коэфф.	Ст. ош. В	Стат. Вальда	p-знач.
Возраст	X1	0,078	0,085	5,93	0,37	- 0,0522	0,958
Показатель страха до лечения	X 2	0,037	0,065	0,005	0,003	- 0,9212	0,359
Длительность наблюдения у психиатра	X 3	0,053	0,070	0,17	0,01	- 0,5741	0,567
Факт принятия болезни родителями	X 4	-0,270	0,104	-14,19	0,04	0,7558	0,452
Прием нейролептиков	X 5	-0,301	0,073	-10,58	0,13	2,6019	0,011
Прием ноотропов	X 6	0,136	0,076	6,11	0,06	4,1283	0,000
Психотерапия	X 7	-0,455	0,096	-12,53	0,07	- 1,7818	0,078

CARS значение	X 8	0,018	0,077	0,14	0,01	4,7184	0,000
PEP-R возраст развити	X 9	-0,235	0,100	-6,99	0,01	- 0,2319	0,817
Уровень тревожности PAS	X 10	0,033	0,061	0,47	0,03	2,3400	0,022
Константа	C	-	-	2,378	-	-	0,19

Абсолютные величины коэффициентов регрессии позволили расположить предикторы в ряд по убыванию их относительного вклада (β -коэф.) в прогнозировании итоговой переменной регрессионного уравнения: «Психотерапия» > «Прием нейролептиков» > «Факт принятия болезни родителями» > «PEP-R возр. разв.» > «Прием ноотропов» > «Возраст» > «Длительность наблюдения у психиатра» > «Показатель страха до лечения» > «Уровень трев. PAS» > «CARS знач.»: |0,455|> |0,301|> |0,270|> |0,235|> |0,136|> |0,078|> |0,053|> |0,037|> |0,033|> |0,018|.

После расчета логистической многофакторной модели получено уравнение 1:

$$\text{«ИЛ»} = \exp(2,378 + 5,93*X_1 + 0,005*X_2 + 0,17*X_3 - 14,19*X_4 - 10,58*X_5 + 6,11*X_6 - 12,53*X_7 + 0,14*X_8 - 6,99*X_9 + 0,47*X_10) / (1 + \exp(2,378 + 5,93*X_1 + 0,005*X_2 + 0,17*X_3 - 14,19*X_4 - 10,58*X_5 + 6,11*X_6 - 12,53*X_7 + 0,14*X_8 - 6,99*X_9 + 0,47*X_10)) \pm 0,4244, \quad (1)$$

где «ИЛ» – Выходная переменная «Исход лечения», X_1 – «Возраст», X_2 – «Показатель страха до лечения», X_3 – «Длительность наблюдения у психиатра», X_4 – «Факт принятия болезни родителями», X_5 – «Прием нейролептиков», X_6 – «Прием ноотропов», X_7 – «Психотерапия», X_8 – «CARS знач.», X_9 – «PEP-R возр. разв.», X_{10} – «Уровень трев. PAS», $\pm 0,4244$ (m) – стандартная средняя ошибка β -коэффициентов в модели.

Анализ качества модели указывает на достаточно высокие прогностические способности логистической модели на 10 признаках. При этом, исходя из уравнения 1 и таблицы 7.2.2, можно сделать вывод, что наличие даже только четырех входных признаков X_4 , X_5 , X_6 , X_7 и X_9 в рамках предложенной модели приводит к достоверному прогнозу показателя «ИЛ», а, значит, и отнесению данных конкретного случая к определенному виду исхода как благоприятного

(стремится к 1), так и неблагоприятного (стремится к 0) результата. Для остальных предъявленных признаков в уравнении 1 для прогнозирования показателя «ИЛ» необходимо подкрепление их еще каким-либо входным признаком. Поэтому, учитывая высокие показатели p (уровень значимости $>0,05$) у некоторых входных предикторов, при определенных условиях, ими в уравнении модели можно пренебречь [86].

На следующем 2-м этапе моделирования методом пошагового выборочного исключения факторов в уравнение логистической регрессии было отобрано 4 переменных: «Психотерапия», «Факт принятия болезни родителями», «Прием нейролептиков», «РЕР-Р возраст развития». Выходную переменную обозначим через «ИЛ» 2. Результаты прогнозирования модели представлены в таблице 7.2.3.

Таблица 7.2.3. - Результаты прогнозирования с применением логистической многофакторной модели (на 4 входных признаках)

	Приведенное множество				Всего
	1	%	0	%	
Всего случаев	76	76,0	24	24,0	100
Отнесено к 1	74	99,7	3	3,9	77
Отнесено к 0	2	8,7	21	91,3	23
Множественный коэффициент корреляции, R	0,942				p=0,001
Множественный коэффициент детерминации R ²	0,887				p=0,001
Скорректированный коэффициент детерминации R ²	0,881				p=0,001
F-критерий Фишера	148,57				p=0,001
-2 Log правдоподобия	33,944				
Критерий Хосмера – Лемешова	10,047				p=0,05
Критерий Дарбина-Уотсон	1,72				p=0,01
Сериальная корреляция остатков	0,127				p=0,01
Чувствительность	80,0 (95%ДИ:70,2- 87,7)				
Специфичность	70,0 (95%ДИ: 34,8- 93,0)				

В таблице 7.2.3 представлены итоговые статистики по модели 2 (4 входных предиктора), в которой можно видеть, что значение множественного коэффициента корреляции (R) составляет 0,942, множественный коэффициент детерминации – 0,887 и скорректированное значение коэффициента детерминации (R^2) – 0,881. Значение F-критерия во 2-й модели составило 148,57 при $p=0,001$, что почти в 8,22 раза выше, чем в 1 модели. Скорректированное значение коэффициента детерминации в модели 2 статистически не отличается от грубого значения R^2 в модели номер 2.

Расчет результатов прогнозирования показателя «ИЛ 2» на приведенном множестве показал, что случаи с «истинно-положительным результатом» составили 99,7%, а случаи с «истинно-отрицательным результатом» – 91,3%. В связи с этим расчетные показатели чувствительности модели составили 80,0(95%ДИ:70,2-87,7), а специфичности – 70,0 (95%ДИ: 34,8- 93,0) [86].

Формула для расчета показателя «ИЛ 2» во 2-й модели включает 4 входных предиктора. Коэффициенты модели представлены в таблице 7.2.4. Абсолютные величины коэффициентов регрессии позволили расположить предикторы в ряд по убыванию их относительного вклада (β -коэффициента) в прогнозирование итоговой переменной логистического регрессионного уравнения: «Психотерапия» > «Факт принятия болезни родителями» > «Прием нейролептиков» > «РЕР-Р возаст развития»: $|0,361| > |0,268| > |0,156| > |0,148|$.

Таблица 7.2.4. - Коэффициенты логистической многофакторной модели (на 4 входных признаках).

Показатели итоговых статистик	Условные обозначения	β – коэффициент	Стандартная ошибка	В-коэффициент	Статистическая ошибка	Статистический критерий Вальда	Достоверность статистических различий
Психотерапия	X1	- 0,361	0,078	- 15,30 3	0,07 4	4,626	0,0012
Факт принятия болезни	X2	- 0,268	0,079	- 20,45	0,07 4	3,419	0,0092

родителями				9			
Прием нейролептиков	X3	- 0,156	0,043	-3,980	0,06 2	3,589	0,0052
PEP-R возраст развития	X4	- 0,148	0,065	-1,855	0,01 7	2,275	0,0251
Константа	C	-	-	39,30 1	-	-	-

После расчета коэффициентов было получено уравнение логистической многофакторной модели 2:

$$\begin{aligned} \text{«ИЛ 2»} = & \exp (39,301 - 15,303 * X1 - 20,459 * X2 - 3,980 * X3 - 1,855 * X4) / \\ & (1 + \exp (39,301 - 15,303 * X1 - 20,459 * X2 - 3,980 * X3 - 1,855 * X4)) \pm 0,123, \end{aligned} \quad (2)$$

где «ИЛ»2 – Выходная переменная «Исход лечение», X1 – «Психотерапия», X2 – «Факт принятия болезни родителями», X3 – «Прием нейролептиков», X4 – «PEP-R возраст развития», ±0,123(m) – стандартная средняя ошибка В-коэффициентов в модели.

Анализ качества модели указывает на достаточно высокие прогностические способности многофакторной логистической модели на 4 признаках, при этом, без ухудшения основных регрессионных показателей. Исходя из уравнения 2 и табл.7.2.4, можно сделать вывод, что наличие данных X1, X2 в рамках предложенной модели приводит уже к достоверному прогнозу показателя «ИЛ». Для остальных выделенных признаков в уравнении 2 (X3, X4) для прогнозирования показателя «ИЛ» необходимо подкрепление его еще каким-либо значимым признаком.

Расчет статистик и оценка остатков моделей с применением метода расчета критерия Дарбина-Уотсон и сериальной корреляции остатков выявил, что коэффициент Дарбина-Уотсон принимал значение 1,72 для 2 модели, что практически не отличается от 1-й модели (1,57), при этом, коэффициент сериальной корреляции был на уровне 0,127 (в первом модели 0,197). Это подтверждает гипотезу, которая указывает на отсутствие автокорреляции остатков, результирующего и факторных признаков в модели 2 [86].

Для прогностических моделей рекомендуется проводить количественную оценку качества модели. Для ее получения рассчитываются такие показатели, как чувствительность и специфичность. Исходя из значений чувствительности и специфичности, строится характеристическая кривая (ROC-кривая) (Receiver Operating Characteristic curve), по форме которой и по величине площади под которой (AUC) можно судить об удачности модели.

Поскольку показатель «ИЛ» принимает одно из двух значений, один из которых называется классом с положительными исходами, а второй – классом с неудовлетворительными исходами, ROC-кривая показывает зависимость количества верно классифицированных положительных примеров от количества неверно классифицированных отрицательных примеров. При этом, предполагается, что у классификатора имеется некоторый параметр, варьируя который, мы будем получать то или иное разбиение на два класса. Этот параметр часто называют порогом, или точкой отсечения (cut-off value).

Ниже на рисунке 7.2.1-7.2.2 представлены ROC-кривые для моделей 1 и 2, полученные с помощью методики построения ROC-curved в модуле статистической программы «IBM SPSS Statistics v.21».

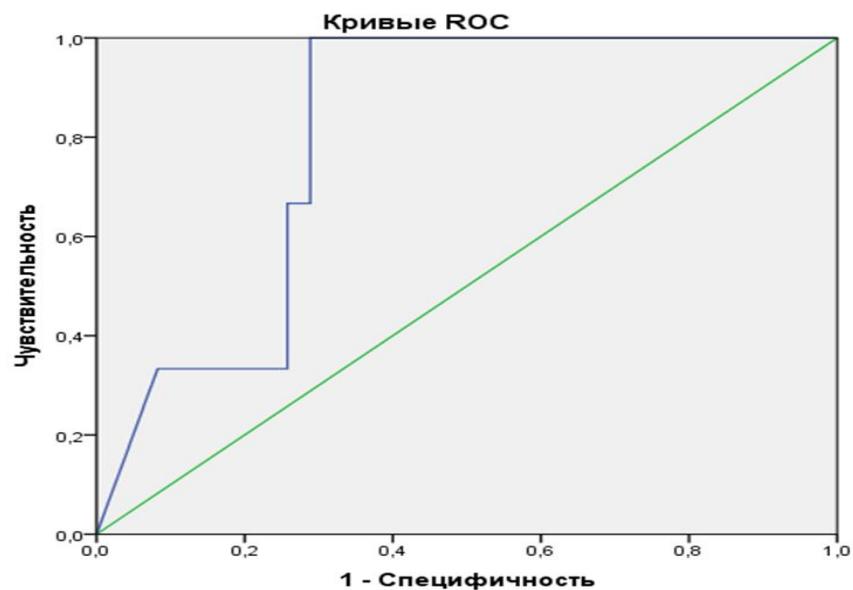


Рисунок 7.2.1. - ROC-кривая, построенная по значениям «ИЛ1» в модели 1

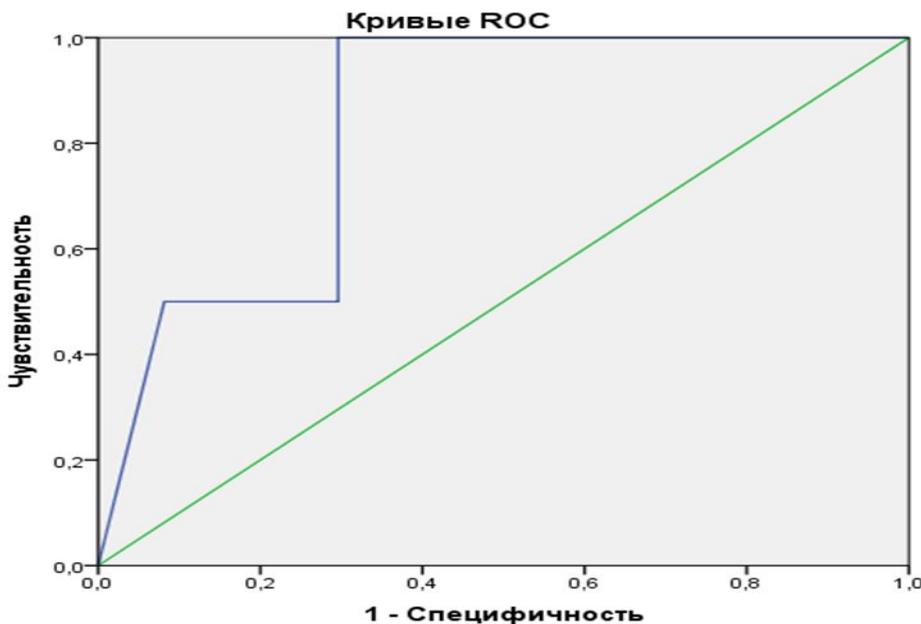


Рисунок 7.2.2. - ROC-кривая, построенная по значениям «ИЛ2» в модели 2

Визуальное сравнение ROC-кривых не всегда позволяет выявить наиболее эффективную модель. Обычно сравнение ROC-кривых осуществляется методом расчета площади под кривыми. Теоретически она изменяется от 0 до 1,0, Численный показатель площади под кривой называется AUC (Area Under Curve).

Приблизительная шкала значений AUC (площадь под кривой), отражающая качество диагностического теста или модели, следующая:

AUC=0,9-1,0 - отличное качество,

AUC=0,6-0,7- среднее качество,

AUC=0,8-0,9 - высокое качество,

AUC=0,5-0,6-плохое

AUC=0,7-0,8- хорошее качество,

(неудовлетворительное) качество.

Расчетные значения AUC по каждой модели представлены в таблице 7.2.5 ниже.

Таблица 7.2.5. - Расчетные значения AUC по каждой модели 1 и 2

Площадь под кривой		Модель 1	Модель 2
Вариант прогноза	Результат «1»		
		0,752±0,129 (95%ДИ: 0,655-0,833)	0,774±0,09 (95%ДИ: 0,679-0,852)

Наибольшим качеством по площади отличается модель № 2, которая по значению AUC соответствует показателю «хорошее качество».

Идеальная модель обладает 100% чувствительностью и специфичностью. Однако на практике добиться этого невозможно, более того, невозможно одновременно повысить и чувствительность (Se), и специфичность (Sp) модели. Компромисс находится с помощью порога отсечения, т.к. пороговое значение влияет на соотношение Se и Sp.

При этом, порог принятия-отвержения (порог отсечения) в модели № 2 был определен на уровне $h = 0,2863$. Согласно полученным данным, на этом значении h уровень чувствительности (Se) модели 2 составил 80,0(95%ДИ:70,2-87,7), а специфичности (Sp) 70,0(95%ДИ: 34,8- 93,0) [125].

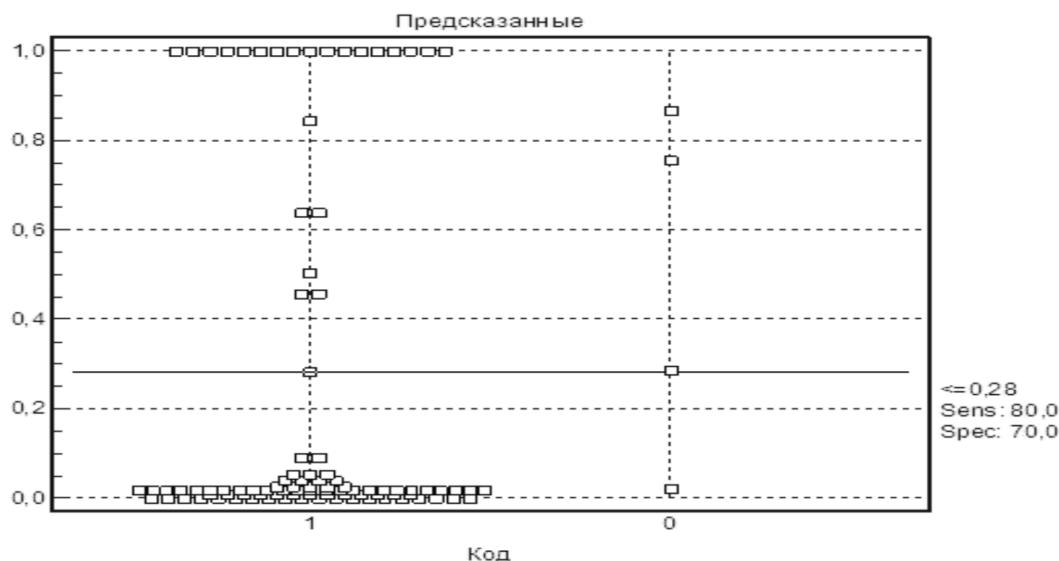


Рисунок 7.2.3. - Результаты прогнозирования «Исход лечения» с помощью логистической многофакторной модели. Линия проведена на уровне порога принятия-отвержения решения $h=0,2863$.

Корреляционная связь между резидуальными остатками и независимыми факторными признаками при проведении расчетов отсутствует (коэффициент множественнойserialной корреляции между ними не превышал 0,127). Корреляционная связь между остатками и результирующим признаком также была минимальна ($<0,1$). Распределение остатков в модели 2 подчиняется нормальному закону распределений случайных величин Гаусса, что видно на рисунке 7.2.4, и подтверждается расчетами критерия Шапиро-Уилка, который был больше критического значения 0,94 при $p>0,1$.

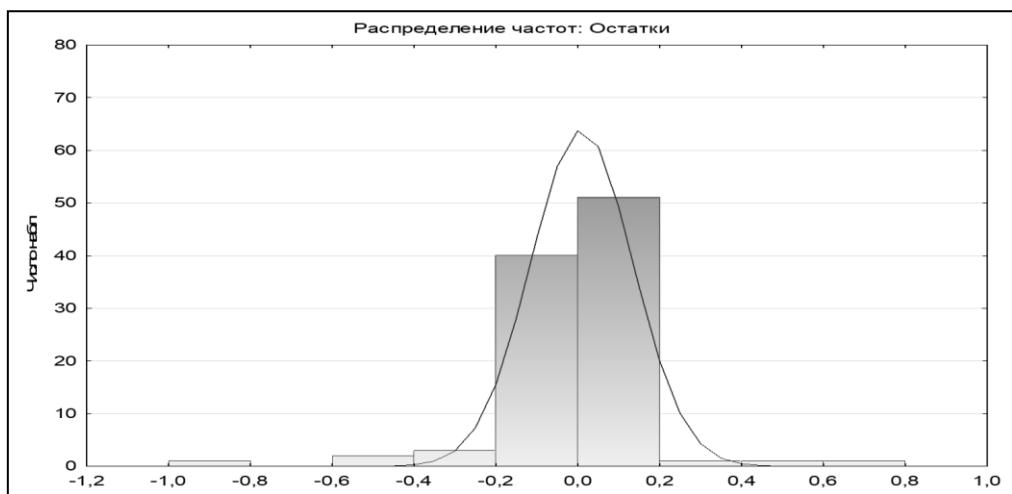


Рисунок 7.2.4. - Распределение остатков при построении модели прогнозирования 2 «ИЛ2».

Таким образом:

- 1) С помощью метода пошагового включения / исключения входных предикторов было построено 2 варианта многофакторных биномиальных моделей для прогнозирования показателя «Исход лечения» по 10 и по 4 факторным признакам.
- 2). Модели оценены на предмет качества прогнозирования и выбрана модель «ИЛ2», которая была построенная на 4 входных признаках («Психотерапия», «Факт принятия болезни родителями», «Прием нейролептиков», «PEP-R возраст развития») и обладает наилучшими прогностическими способностями.
- 3). Модель обладает чувствительностью $> 80,0\text{ (95%ДИ:70,2-87,7)}$ и специфичностью $> 70,0\text{ (95%ДИ: 34,8- 93,0)}$ [125].

АНАЛИЗ И ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проблема расстройств аутистического спектра является одной из наиболее актуальных в области детской психиатрии из-за резкого увеличения частоты этой патологии в последнее время. Согласно данным ВОЗ, средний уровень распространенности этих расстройств среди детей составляет около 1 случая на 100. Недавние исследования показывают, что в глобальном масштабе на каждого 10 000 детей приходится примерно 62 случая расстройств аутистического спектра, что означает, что у одного из 160 детей есть такое расстройство и связанная с ним инвалидность. В России, вместе с увеличением числа больных, растет и заболеваемость этой патологией. Расстройства аутистического спектра стали одной из основных причин детской инвалидности. Актуальность проблемы тревожно-фобических нарушений у пациентов с расстройствами аутистического спектра нельзя недооценивать, поскольку она значительно затрудняет их социальную адаптацию.

Исследования показывают, что тревожные расстройства наблюдаются у детей с расстройствами аутистического спектра, охватывая от 11% до 84% пациентов. Большинство исследований указывает на то, что примерно половина детей с РАС страдает хотя бы одним тревожным расстройством. Самым распространенным типом такого расстройства у этих детей является специфическая фобия, встречающаяся у 31% - 64% случаев. Несмотря на актуальность проблемы, исследований, посвященных тревожно-фобической патологии у детей с расстройствами спектра аутизма, крайне мало. Поэтому особенно важными становятся исследования, направленные на изучение особенностей этой патологии у детей с РАС и разработку эффективной системы лечения и реабилитации для таких пациентов.

Нами обследованы три группы детей в возрасте от 3 до 8 лет, постоянно проживающих в условиях психосоциального стресса – ведения боевых действий

в Донбассе. Группа 1 включала 100 детей с расстройствами спектра аутизма (исследуемая группа), группа 2 – 30 здоровых детей (контрольная группа), группа 3 – 30 детей с тревожно-фобическими расстройствами (группа сравнения). Контрольная группа и группа сравнения использовались для уточнения отличий характера тревожных проявлений в условиях воздействия психосоциального стресса у детей с РАС, при психологических (здоровых) и невротических, с возникновением тревожно-фобической симптоматики, формах психогенного реагирования.

За всеми испытуемыми осуществлялось клиническое динамическое наблюдение. Для исследования использовались разработанная нами «Унифицированная клинико-эпидемиологическая карта изучения психических расстройств у детей, страдающих аутизмом» (симптомы, включая страхи, оценивалась по шкале от 0 до 3 баллов по двум параметрам: выраженность и интенсивность), шкала тревожности у дошкольников (Spence S.H., Rapee R., 1999), оценочная шкала раннего детского аутизма (CARS), психообразовательный профиль (дополненный) (PEP-R).

У здоровых детей контрольной группы обнаружено влияние хронического психосоциального стресса на психическое состояние в связи с длительным перенапряжением их компенсаторных механизмов, что клинически проявилось повышением уровня тревожности, боязливости: многое вызывает у них стресс, им снятся страшные сны, они боятся грома, грозы, войны, крови, стихийных бедствий, испытывают страх, что умрут сами и умрут их родители.

Дети же, страдающие РАС, демонстрируют парадоксальную реакцию на стрессовые ситуации: значительно эмоционально нагруженные события, которые, казалось, должны были бы вызывать выраженные эмоциональные реакции, не сопровождаются у них, тем не менее, никакими переживаниями.

Страхи, возникающие у здоровых детей, имели логическое объяснение. Кроме того, у здоровых детей при проведении коррекции и с возрастом страхи проходили. При РАС же страхи возникали как бы «на пустом месте», но были,

при этом, стойкими и не поддавались коррекции. Нужно отметить, что психотравмирующие события оказывали влияние на страдающих аутизмом детей, однако их страхи в большей степени были сфокусированы на внутренних переживаниях, важных для них деталях, развивающихся по законам, известным им одним.

Установлено, что среднее значение общего балла тревожности в исследуемой группе составило 24,08 ($SD = 11,62$), а в группе 2 – 34,9 ($SD = 14,47$) (в ней уровень тревожности оказался достоверно ($p<0,001$) выше). Общий балл тревожности у детей группы 3 составил 57,0 ($SD = 14,48$), что достоверно выше, чем у группы 1 ($p<0,001$) и группы 2 ($p<0,001$).

Таким образом, экспериментально-психологически определён факт наличия большей тревожности у здоровых детей, в сравнении с больными аутизмом, в условиях переживаемого хронического психосоциального стресса, связанного с военными действиями в Донбассе, а дети с тревожно-фобическими расстройствами демонстрируют достоверно более высокие показатели общей тревожности по сравнению как со здоровыми детьми, так и с детьми исследуемой группы с РАС. Проявления тревоги и страхов зависят от вида аутизма.

В целом, общий уровень тревожности у здоровых детей оказался достоверно выше, чем у группы детей с расстройствами спектра аутизма, хотя они не предъявляли жалоб на наличие тревоги. Можно предположить, что это связано с постоянным проживанием данных обследованных в условиях хронического психосоциального стресса, осознанием опасности, в которой они находятся, при адекватном к ней отношении. Группа детей с невротическими тревожно-фобическими расстройствами продемонстрировала тревожность достоверно выше, чем группа здоровых детей. В большей степени это определялось страхом телесных повреждений, что является понятным из-за полученного жизненного опыта в условиях постоянных боевых действий, при наличии невротического уровня реагирования на такой опыт.

Система лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей, страдающих расстройствами аутистического спектра, разрабатывалась для обследуемых контрольной группы, посещающих ГКДОУ Детский сад №11 "Колокольчик" г. Горловка (ДНР). Обследование проводилось при поступлении в детский сад и повторно – после осуществления комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий, включавшего медикаментозную терапию (антипсихотики, в-основном, рисполепт по 0,5-1 мг в сутки или галоперидол 0,025-0,05 мг/кг массы тела, разделенной на 2-3 приема; в связи с наличием у исследуемых когнитивных нарушений им назначались ноотропы: пантогам по 0,75 мг в сутки в течение 2-х месяцев (значительная часть проведения исследований пришлась на период действия клинических рекомендаций «Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация», разработанных общественной организацией «Российское общество психиатров» и утвержденных Минздравом РФ 14.08.2020 г., в период действия следующих клинических рекомендаций лечение проводилось в соответствии с ними) и занятия с психологом (2 раза в неделю – всего 40 занятий) в виде компиляции стандартных методик Монтессори, Домана, PECS, с элементами кинезиологии, психогимнастики и релаксации. При проведении данных занятий нами дополнительно применялось влияние сенсибилизирующими стимулами, повышающими толерантность к воздействиям различной сенсорной модальности, для уменьшения связанных с указанными воздействиями тревожно-фобических проявлений: классической музыки без низких частот, сенсорного бассейна, тактильного панно, сенсорных ковриков, тактильных дорожек, сенсорных книжек, материалов для лепки, занятий со съедобными фруктами и овощами, изменения интенсивности освещения, ламп с визуальными эффектами. За всеми обследованными осуществлялось клиническое динамическое наблюдение.

Для оценки эффективности разработанной нами лечебно-реабилитационной программы сопоставлялись аналогичные показатели у исследуемой группы из 100 человек (1-я группа) и терапевтической группы сравнения (2-я группа), в состав которой были включены 25 детей с наличием РАС в возрасте от 3 до 8 лет, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса, лечение которым проводилось в соответствии с существующими клиническими рекомендациями.

Через 6 месяцев применения системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических расстройствах у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса проводилось повторное обследование. Критерием успешности комплексного подхода к лечению и реабилитации детей с расстройствами аутистического спектра служило снижение уровня выраженности специфических фобий. Согласно полученным данным, в исследуемой группе среднее значение показателя наивысшей интенсивности специфических фобий до лечения было статистически значимо ($p<0,001$) больше, чем после лечения. Суммарный показатель интенсивности всех специфических фобий у детей с аутизмом после лечения оказался достоверно ($p<0,05$) ниже, чем до лечения.

Разработанная система лечебно-реабилитационных мероприятий продемонстрировала эффективность при воздействии на специфические фобии у детей с расстройствами спектра аутизма в условиях воздействия хронического психосоциального стресса.

Для прогнозирования исхода лечения у детей построены логистические многофакторные математические модели исхода лечения. В качестве входных параметров были выбраны параметры соматического, психиатрического анамнеза и результаты психологических тестов – всего 41 фактор.

С помощью метода пошагового включения / исключения входных предикторов построено 2 варианта многофакторных биномиальных моделей для прогнозирования показателя «Исход лечения» по 10 и по 4 факторным

признакам. Модели оценены на предмет качества прогнозирования и выбрана модель «ИЛ2», построенная на 4 входных признаках («Психотерапия», «Факт принятия болезни родителями», «Прием нейролептиков», «РЕР-R возраст развития») и обладающая наилучшими прогностическими способностями. Модель характеризуется чувствительностью $> 80,0\text{ (95%ДИ:70,2-87,7)}$ и специфичностью $> 70,0\text{ (95%ДИ: 34,8- 93,0)}$.

ВЫВОДЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1) В диссертационной работе представлено теоретическое обоснование и новое решение актуальной научной задачи детской психиатрии – выявления клинических, патопсихологических особенностей и коррекции тревожно-фобических нарушений у детей с расстройствами спектра аутизма, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса. Разработана и доказана эффективность лечебно-реабилитационной системы.

2) У детей с РАС, находящихся в условиях хронического психосоциального стресса, связанного с военными действиями в Донбассе, среднее значение тревожности шкалы PAS оказалось достоверно ниже, чем у подвергающихся такому же воздействию здоровых исследуемых ($p<0,001$) и больных с тревожно-фобическими расстройствами ($p<0,001$). В целом, нами отмечено, что интенсификация факторов психосоциального стресса у детей с РАС не оказывает усиливающего тревогу воздействия, поскольку страхи и тревога у них имеют особый характер и происхождение.

3) Для детей с РАС характерно наличие парадоксальных страхов неопасных объектов и, в то же время, отсутствие ряда естественных страхов: у них, по сравнению с группами здоровых и детей с тревожно-фобическими расстройствами, достоверно более выражены непереносимость езды в городском транспорте ($p<0,05$), плохая переносимость музыкальных представлений, детских утренников, спектаклей ($p<0,001$), страхи фена ($p<0,01$) и бытовых шумов ($p<0,001$), отсутствие «чувства края» ($p<0,01$), стремление выбежать на проезжую часть улицы ($p<0,001$), убежать на прогулке ($p<0,001$), отсутствие страха высоты ($p<0,05$); при РАС достоверно выше страх незнакомой обстановки ($p<0,01$), пылесоса ($p<0,01$), чем у здоровых детей.

4) Подгруппа детей с синдромом Аспергера показала достоверно большее значение общего бала тревожности ($p<0,001$), генерализированной тревожности ($p<0,001$), социальной тервожности ($p<0,001$), сепарационной тревожности

($p<0,001$), страха телесных повреждений ($p<0,001$). Наибольшее количество страхов, присущих здоровым детям, и уровень таких страхов по отношению к возрастной норме, было достоверно ($p<0,01$) больше у детей с синдромом Аспергера. Больные с синдромом Аспергера демонстрировали схожую со здоровыми детьми реакцию на постоянное проживание в условиях хронического психосоциального стресса. Чем меньше интеллектуальный дефицит, у детей с аутизмом, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса, тем достоверно ($p<0,05$) выше общий балл тревожности, социальная тревога, страх телесных повреждений, сепарационная тревога и страхи, присущие обычным детям. Чем больше интеллектуальный дефицит, тем достоверно ($p<0,05$) выраженное нарушения инстинктивного характера.

5) При РАС стремление как выбежать на проезжую часть улицы, так и убежать на прогулке, достоверно ($p<0,01$) выше при большем значении CARS. Обнаружена достоверная ($p<0,05$) прямо пропорциональная зависимость между показателем CARS и отсутствием чувства края у детей с аутизмом. При РАС достоверно ($p<0,05$) установлено, что более выраженное стремление выбежать на проезжую часть улицы связано с более низкой сепарационной тревогой, что не характерно для здоровых детей и при тревожно-фобических расстройствах. У больных с РАС стремление выбежать на проезжую часть улицы достоверно ($p<0,05$) ниже при большем страхе телесных повреждений.

6) Разработанная система лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей, страдающих расстройствами аутистического спектра и находящихся в условиях хронического психосоциального стресса, включает медикаментозную терапию, психологические техники в виде компиляции стандартных методик Монтессори, Домана, PECS, с элементами кинезиологии, психогимнастики и релаксации, применением влияния сенсибилизирующими стимулами, повышающими толерантность к воздействиям различной сенсорной модальности для уменьшения связанных с указанными воздействиями тревожно-фобических проявлений (классической музыки без низких частот, сенсорного бассейна,

тактильного панно, сенсорных ковриков, тактильных дорожек, сенсорных книжек, материалов для лепки, занятий со съедобными фруктами и овощами, изменения интенсивности освещения, ламп с визуальными эффектами).

7) При оценке эффективности разработанной системы лечебно-реабилитационных мероприятий (сопоставлении аналогичных показателей у больных РАС, в отношении которых применялась данная система (первая группа), и детей с аутизмом, пролеченных в соответствии с клиническими рекомендациями, – вторая группа) установлено достоверное снижение среднего значения показателя наивысшей интенсивности специфических фобий ($p<0,001$) и показателя интенсивности всех специфических фобий ($p<0,05$) в первой группе, не отмеченное во второй группе.

8) Разработанная логистическая многофакторная математическая модель прогноза исхода лечения с применением системы лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса позволила определить 4 переменные («Психотерапия», «Факт принятия болезни родителями», «Прием нейролептиков», «Возраст психологического развития»), наиболее влияющие на прогноз лечения. Данная модель характеризуется чувствительностью $> 80,0$ (95%ДИ: 70,2-87,7) и специфичностью $> 70,0$ (95%ДИ: 34,8- 93,0).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абугова, Т. Д. Когнитивные нарушения при РАС. Проблемы маппинга и распознавания лиц / Т. Д. Абугова // The EYE ГЛАЗ. – 2021. – Т. 23, № 3. – С. 65-70. <https://doi.org/10.33791/2222-4408-2021-3-65-70>
2. Антропов, Ю. Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков / Ю. Ф. Антропов, Ю. С. Шевченко. – Москва: Изд-во Института Психотерапии, Изд-во НГМА, 2000. – 320 с.
3. Асатиани Н.М. Влияние манифестации фобий в детском возрасте на течение невроза навязчивых состояний // В кн.: Симпозиум дет. психиатров соц. стран, 4-й. Тез. докл. М., 1976. – С. 117-120.
4. Аспергер, Х. «Аутистические психопаты» в детском возрасте / Х. Аспергер; пер. А. В. Челиковой, научный ред. А. А. Северный // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2010. – № 2. – С. 91-117.
5. Ахмедова, Х. Б. Мирные жители в условиях военных действий: личностные черты и расстройства адаптации / Х. Б. Ахмедова // Психологический журнал. – 2003. – № 3. – С. 37-42.
6. Барышева, Е. И. Психологические особенности эмоциональных переживаний беженцев из зоны боевых действий / Е. И. Барышева // Пензенский психологический вестник. – 2016. – № 1. – С. 63-83.
7. Башина, В. М. Аутизм в детстве / В. М. Башина. – Москва: Медицина, 1999. – 240 с.
8. Башина, В. М. Аутистические расстройства / В. М. Башина // Психиатрия: Национальное руководство / ред.: Т. Б. Дмитриевой, В. Н. Краснова, Н. Г. Незнанова, В. Я. Семке, А. С. Тиганова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 700-727.
9. Бек, Д. С. Когнитивная терапия: полное руководство / Д. С. Бек ; пер. с англ. – Москва : ООО "И.Д. Вильямс", 2006. – 400 с.

- 10.Блейлер, Э. Руководство по психиатрии / Э. Блейлер; перевод с дополнениями к последнему 3-му немецкому изданию А. С. Розенталь. – Берлин: Врач, 1920. – 542 с.
- 11.Богдашина О. Особенности сенсорного восприятия при аутизме: введение в проблему / О. Богдашина // Сибирский вестник специального образования. – 2012. – № 2 (6). – С. 1-24.
- 12.Богдашина, О. Б. Аутизм: определение и диагностика / О. Б. Богдашина. — Донецк: Лебедь, 1999. – 84 с. URL: <https://sdo.mgaps.ru/books/K3/M7/file/3.pdf>, свободный (дата обращения: 15.10.2024).
- 13.Брофман В. В. Место страха в картине детской психотравмы: особенности выражения страха «угрозы» и страха «последствий» в рисунках детей, переживших теракт (лонгитюдное исследование последствий бесланской трагедии) / В. В. Брофман, Б. М. Мастеров, З. С. Текоева // Современное дошкольное образование. – 2018. – № 5 (87). – С. 26-37.
- 14.Веденина, М. Ю. Особенности психического развития детей с аутизмом / М. Ю. Веденина, О. С. Никольская // Альманах института коррекционной педагогики. – 2014. – № 18. Детский аутизм: пути понимания и помощи. – URL: <https://alldef.ru/ru/articles/almanah-18/osobennosti-psihicheskogo-razvitiya-detej-s-146>, свободный (дата обращения: 17.10.2024).
- 15.Взаимосвязь развития расстройств аутистического спектра с перинатальной патологией / Е. Н. Примышева, Н. С. Ольшевская, Д. А. Шурыгина [и др.] // Таврический журнал психиатрии. – 2017. – Т. 21, № 4 (81). – С. 50-56.
- 16.Вольфсон, Ю. Р. Визуальное восприятие в современном обществе или куда движется галактика Гуттенберга? / Ю. Р. Вольфсон, А. Е. Вольчина // Russian Journal of Education and Psychology. – 2015. – № 4. – С. 177-189.
- 17.Всемирная организация здравоохранения. Всеобъемлющие согласованные усилия по лечению всего спектра нарушений, связанных с аутизмом: доклад секретариата. – Женева, 2013. – 9 с. – URL: [\(дата обращения: 15.10.2024\).](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB133/B133_4-ru.pdf)

- 18.Горюнова А.В., Горюнов А.В. Классификационные метаморфозы аутизма в детской психиатрии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021;121(11 вып. 2):5–11. https://doi.org/10.17116/jnevro20211211_125
- 19.Дети и подростки с аутизмом Психологическое сопровождение / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг [и др.]. – Москва: Теревинф, 2005. – 220 с.
- 20.Долгова, В. И. Социальный стресс как фактор дезадаптации личности / В. И. Долгова, Е. А. Василенко // Современные научноемкие технологии. – 2016. – № 8-2. – С. 303-306.
- 21.Дробинская, А. О. К вопросу о медикаментозной коррекции детского аутизма / А. О. Дробинская // Альманах института коррекционной педагогики. – 2005. – № 9. – Режим доступа: <http://almanah.ikprao.ru/>, свободный (23.10.2024).
- 22.Зайцева, О. Ю. Социальные страхи детей как предмет психологического исследования / О. Ю. Зайцева // Азимут научных исследований : педагогика и психология. – 2016. – Т. 5, № 3(16). – С. 258-261.
- 23.Замышляева, А. А. Роль холдинг-терапии при коррекции раннего детского аутизма / А. А. Замышляева, И. Ю. Лебеденко // Международный научный журнал «Вестник науки». – 2020. – № 11 (32), т. 2. – С. 16-19.
24. Захаров, А. И. Дневные и ночные страхи у детей / А. И. Захарова. – Санкт-Петербург: «Издательство СОЮЗ», 2000. – 448 с. – Серия «Психология ребенка».
- 25.Захаров, А. И. Как предупредить отклонение в поведении ребенка / А. И. Захаров. – Москва ; Санкт-Петербург : Речь, 2010. – 128 с.
26. Захаров, А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия / А. И. Захаров. – Москва: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 448 с.
- 27.Зверев, В. О. Эмоциональные состояния жертв террора / В. О. Зверев, А. С. Селянин // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2008. – № 2 (33). – С. 36-38.

28. Зелеева, В. П. Учебно-методическое пособие к спецкурсу «Основы психодрамы» (для бакалавров-психологов) / В. П. Зелеева. – Казань : Изд-во Казан. ун-та, 2015. – 97 с.
29. Ипохондрия и соматоформные расстройства / А.Б. Смулевич, А.С. Тиганов, Э.Б. Дубницкая и др.; Под ред. А.Б. Смулевича, АМН. НИИ клинич. психиатрии. – М. : ИПТК "Логос", 1992. – 175 с.
30. Исаев Д. Н. И85 Психиатрия детского возраста: психопатология развития: учебник для вузов. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 481 с.
31. Каган, В. Е. Аутизм у детей / В. Е. Коган. – Ленинград: Медицина, 1981. – 206 с.
32. Каган, В. Е. Эпидемия детского аутизма / В. Е. Каган // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003. – № 1. – С. 7–10.
33. Казанцева Э. Л. Фобические расстройства у детей и подростков (условия развития, клинико-динамические закономерности и прогноз): Автореферат диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук 14.00.18, Казанцева Элла Львовна; Российский Государственный Медицинский Университет.- Москва, 2003.
34. Карабущенко, Н. Б. Половые особенности адаптации сирийских подростков к экстремальным ситуациям / Н. Б. Карабущенко, А. М. Исмаил // Среднерусский вестник общественных наук. – 2017. – № 1. – С. 185-190.
35. Карапуш И.С., Шевченко Ю.С., Куприянова И.Е. Психические расстройства и реабилитация детей с нарушениями слуха и зрения. Социальная и клиническая психиатрия. 2017; 27(2): 24-28.
36. Кельмансон, И. А. Нарушения сна у детей с расстройствами аутистического спектра / И. А. Кельмансон // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2015. – Т. 115, № 4. – С. 102-107.
37. Классификация психических и поведенческих расстройств. Международная классификация болезней 10-й редакции. – Санкт-Петербург: Адис, 1994. – 278 с.

- 38.Климова, Е. В. Характеристика тревожно-фобического состояния у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития как педагогическая проблема / Е. В. Климова // Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина. – 2010. – № 2. – С. 63-72.
- 39.Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста. Руководство для врачей / В. В. Ковалев. — Москва: Медицина, 1979. – 607 с.
- 40.Ковалевская, А. П. Влияние экстремальной ситуации военного конфликта на эмоциональное состояние детей дошкольного возраста / А. П. Ковалевская // Вестник Вятского государственного университета. – 2020. – № 2. – С. 142-149.
- 41.Котлованова О.В., Малинина Е.В. Опыт применения песочной арт-терапии в работе с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра. Аутизм и нарушения развития. 2015; 13(2): 53-59. DOI: 10.17759/autdd.2015130207.
- 42.Кочетова, Ю. А. Зарубежные исследования сепарационной тревоги / Ю. А. Кочетова // Современная зарубежная психология. – 2022. – Т. 11, № 1. – С. 39-47. DOI: <https://doi.org/10.17759/jmfp.2022110104>
- 43.Кунникова, К. И. Особенности зрительного восприятия у младенцев с семейным риском расстройств аутистического спектра / К. И. Кунникова, А. И. Котюсов, О. А. Львова // Вестник офтальмологии. – 2017. – Т. 133, № 6. – С. 83-89.
- 44.Лакосина Н.Д. Новые диагностические особенности формирования фобического синдрома // Тревога и обсессии. Тез. сообщ. – Москва, 1998. – С. 340-341.
- 45.Лебединская, К. С. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления / К. С. Лебединская, О. С. Никольская. – Москва: Просвещение, 1991. – 53 с.
- 46.Лизунова, Е. В. Адаптация к экстремальным ситуациям у младших школьников как социально-педагогическая проблема / Е. В. Лизунова // Азимут научных исследований: педагогика и psychology. – 2014. – № 1. – С. 42-45.

47. Литвиненко Е.В. Особенности сенсорных нарушений у детей с РАС / Е. В. Литвиненко // Актуальные проблемы науки и практики коррекционной педагогики и специальной психологии: вызовы времени : II Всероссийская научно-практическая конференция. – Шадринск, 2020. – С. 168-177.
48. Личко А.Е. Неврозы и неврозоподобные расстройства при акцентуации характера у подростков // В кн.: Симпозиум детск. психиатров соц. стран, 4-й. Тез.докл. М., 1976. - С. 70-76.
49. Макаров И.В., Автенюк А.С., Диагностика детского аутизма: ошибки и трудности социальная и клиническая психиатрия 2018, т. 28 № 3 с.74-81
50. Малинина Е.В., Забозлаева И.В., Патракова А.А. Клинические особенности синдрома Аспергера в подростковом возрасте. Непрерывное медицинское образование и наука. 2020; 15(2): 14-16.
51. Малкина-Пых, И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И. Г. Малкина-Пых. – Москва: Эксмо, 2005. – 960 с.
52. Марценковский, И. А. Базовые принципы оказания медицинской помощи детям с общими нарушениями психического развития — расстройствами спектра аутизма / И. А. Марценковский, Я. В. Бикшаева, А. В. Дружинская // Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2007. – № 2. – С. 12–19.
53. Методические рекомендации по организации консультирования специалистами образовательных организаций семей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра и другими ментальными нарушениями: учебно-методическое пособие / автор-составитель : Э. А. Садретдинова, Э. Ф. Исмаилова, О. В. Лукьянова. – Казань: Издательство Казанского университета, 2023. – 48 с.
54. Многометодная оценка тревожности и проблемного поведения у детей с расстройствами аутистического спектра и умственной отсталостью // Американский журнал по интеллектуальным и развивающимся нарушениям. – 2013. – Т. 118, № 6. – С. 419-434 DOI: 10.1352/1944.7558.118.6.419

- 55.Морозова, Е. И. Организация психологической помощи в чрезвычайных ситуациях / Е. И. Морозова, А. Л. Венгер // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2003. – № 2 (3). – С. 60-62.
- 56.Нейсон, Б. О ключевых проблемах аутизма. Сенсорные аспекты аутизма / Б. Нейсон // Аутизм и нарушения развития. – 2016. – Т. 14, № 3. – С. 42-48. DOI: 10.17759/autdd.2016140304
- 57.Нетерпимость к неопределенности и трудности принятия решений у взрослых людей с высокофункциональным аутизмом / Г. Л. Козунова, А. Ю. Новиков, Т. А. Строганова, Б. В. Чернышев // Клиническая и специальная психология — 2022. – Т. 11, № 4. – С. 30-69.
- 58.Никольская, О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. – Москва: Теревинф 2007. – 150 с.
- 59.Овчаренко, Л. Ю. Система психологической помощи детям беженцев / Л. Ю. Овчаренко // Системная психология и социология. – 2014. – № 12. – С. 13-15.
- 60.Опыт применения стандартизованных диагностических оценочных шкал в комплексной программе лечебно-коррекционной помощи детям с расстройствами спектра аутизма / В. Н. Касаткин, А. Ф. Шапошникова, Н. В. Письменная [и др.] // Детский аутизм: исследования и практика: сборник материалов городско научно-практической конференции. – Москва: Образование и здоровье, 2008 – С. 26–58.
- 61.Опыт пролонгированного лечения (более 7 лет) рисперидоном ранней шизофрении и аутизма у детей / Г. В. Козловская, М. А. Калинина, Н. И. Голубева [и др.] // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2008. – № 1. – С. 69-78.
- 62.Особенности коммуникации детей с РАС // Психологическая Газета. – 2020. – URL: <https://psy.su/feed/8615>, свободный (дата обращения : 20.10.2024)
- 63.Откуда возникают страхи перед водой // Спортивное, прикладное и лечебное плавание: пошаговое руководство по обучению плаванию / Т. И. Величко, Е. И. Гришина, В. А. Лоскутов, И. В. Лоскутова. – Москва: Академия естествознания, 2013. – Гл. 12. – Режим доступа:

<https://monographies.ru/ru/book/section?id=6699>, свободный (дата обращения: 14.10.2024).

- 64.Подергивание верхнего века (Миокимия) // Справочник симптомом. Двигательные нарушения. – Москва, 2022. URL: <https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/involuntary-movement/eyelid-twitching>, свободный (дата обращения: 20.10.2024).
- 65.Принципы социальной и медицинской реабилитации детей с аутизмом в Воронеже и Воронежской области / И. Е. Есауленко, А. В. Сущенко, О. С. Саурина [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2017. – Т. 20, № 2. – С. 32–51.
- 66.Прихожан, А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная / А. М. Прихожан. – Москва; Воронеж: Изд-во МПСИ; НПО «МОДЭК», 2000. – 304 с.
- 67.Психиатрия войн и катастроф: учебное пособие / под ред. В. К. Шамрея. – Санкт-Петербург: Спецлит, 2015. – 431 с.
- 68.Разработка методики исследования социального внимания детей с расстройствами аутистического спектра методом айтрекинга (предварительные результаты) / А. Н. Кузнецов, А. Н. Белова, М. Г. Воловик [и др.] // Acta Medica Eurasica. – 2021. – № 2. – С. 17-27.
- 69.Раншбург, Й. Секреты личности / Й. Раншбург, П. Попер; пер. с венг. – Москва : Педагогика, 1983. – 160 с.
- 70.Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация: клинические рекомендации. М., 2020. 127 с.
- 71.Расстройства аутистического спектра у детей. Научно — практическое руководство / под ред. Симашковой Н. В. — Москва: Авторская академия, 2015. – 264 с.
- 72.Расстройства аутистического спектра: клинические рекомендации. М., 2024. 104 с.

- 73.Рогачева, Т. В. Специфика самовосприятия детьми с расстройством аутистического спектра / Т. В. Рогачев, Е. И. Михайлова // Медицинская психология в России. – 2017. – Т. 9, № 4(45). – Режим доступа : http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2017_4_45/nomer03.php, свободный (дата обращения: 14.10.2024).
- 74.Руденко, А. М. Генезис страха человека в современной культуре / А. М. Руденко, Л. Е. Киреева // Вестник Армавирского государственного педагогического университета. – 2018. – Т. 1, № 2. – С. 60-70.
- 75.Савостьянова О.Л., 2001 Типология тревожно-фобических расстройств у детей / О.Л. Савостьянова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - 2001. - № 12. - С. 25-28. - Библиогр.: с. 28
- 76.Сенсорные особенности детей с расстройствами аутистического спектра. Стратегии помощи. Методическое пособие / Н. Г. Манелис, Ю. В. Никитина, Л. М. Феррои, О. П. Комарова / под общ. ред. А. В. Хаустова, Н. Г. Манелис. – Москва : ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2018. – 70 с.
- 77.Сергеев И.И. Психиатрия и наркология [Электронный ресурс] : Учебник / И.И.Сергеев Н.Д.Лакостина, О.Ф.- Панкова 2-е изд. (эл.). – М.МЕД пресс-информ, 2016, 752 с.
- 78.Сиврикова, Н. В. Гуманитарные исследования / Н. В. Сиврикова, Е. А. Лукичева // Педагогика и психология. – 2022. – № 11. – С. 72-80.
- 79.Симон Т.П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. -М.: Медгиз. 1958. – 216 с.
- 80.Симон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. М.: Медгиз, 1948. – 134 с.
- 81.Синявская, И. А. Клиника и терапия тревожно-фобических расстройств у детей, страдающих аутизмом (обзор литературы) / И. А. Синявская, С. В. Титиевский // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2020. – № 2 (50). – С. 76-83.
- 82.Синявская, И. А. Клинико-патопсихологическая феноменология страхов у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического

- психосоциального стресса / И. А. Синявская, // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2024. – № 1 (65). – С. 72-78.
83. Синявская, И. А. Сравнительный анализ результатов применения шкалы тревожности у дошкольников при расстройствах аутистического спектра в условиях воздействия психосоциального стресса / И. А. Синявская // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2023. – № 4 (64). – С. 87-
84. Синявская, И. А. Структура лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей, страдающих расстройствами аутистического спектра, в условиях психосоциального стресса / И. А. Синявская, С. В. Титиевский // Психиатрия и наркология в современных условиях. Перспективы междисциплинарного взаимодействия (к 85-летию психиатрической службы и 50-летию наркологической службы Кемеровской области) : сборник по итогам межрегиональной научно-практической конференции с международным участием». – Москва, 2024. – С. 469-478.
85. Синявская, И. А. Тревожно-фобические расстройства у детей, страдающих аутизмом / И. А. Синявская, С. В. Титиевский // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2019. – № 4 (48). – С. 41-46.
86. Синявская, И. А. Факторы, определяющие прогноз лечения при тревожно-фобических расстройствах у детей с аутизмом в условиях психосоциального стресса / И. А. Синявская // Университетская клиника. – 2024. – Приложение № 2 (Наука побеждать... болезнь : материалы VIII Международного медицинского форума Донбасса, 25-26 ноября 2024 г., Донецк). – С.797.
87. Синявская, И. А. Характеристика страхов у детей в условиях хронического психосоциального стресса / И. А. Синявская, С. В. Титиевский // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2021. – № 4 (56). – С. 24-30.
88. Синявская, И. А. Характеристика тревожно-фобических расстройств у детей с расстройствами аутистического спектра / И. А. Синявская // Молодежный инновационный вестник. – 2020. – Т. IX, приложение 2. – С. 190-192.

89. Сканави Е.Е. Развитие бредовых синдромов в начальных стадиях вялотекущей шизофрении у детей и подростков // В кн.: Проблемы шизофрении. М., 1962. – С. 391-402.
90. Современные аспекты распространенности аутизма среди детей различных возрастных групп / Р. Н. Терлецкая, Л. М. Кузенкова, И. В. Винярская, А. Н. Лашкова // Российский педиатрический журнал. – 2020. – Т. 23, № 1. – С. 21–27.
91. Соколова Т.Н., Жуков В.Ф. Сравнительно-возрастные закономерности формирования фобического синдрома при неврозе навязчивых состояний у детей // В сб.: Неврозы у детей и подростков (Тезисы докл. всесоюзной конференции). М., 1986. – С. 164-166.
92. Страхи современных дошкольников в представлении родителей: результаты эмпирического исследования / Ю. А. Кочетова, О. В. Рубцова, М. Р. Хуснутдинова, Е. В. Богуславская // Психологопедагогические исследования. – 2023. – Т. 15, № 2. – С. 68-86. DOI: 10.17759/psyedu.2023150205
93. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1959. – Т. 2. – 408 с.
94. Тревожно-фобические расстройства у взрослых. Клинические рекомендации / Российское общество психиатров. – Москва, 2021. – 73 с.
95. Феррари, П. Детский аутизм / П. Феррари. – Москва: Образование и здоровье, 2006. – 125 с.
96. Фесенко, Ю. А. Аутизм: мифы, реальность, возможности педагогической коррекции Вестник Ленинградского государственного университета им. А. С. Пушкина 2019 с.211-219.
97. Фесенко, Ю. А. Современный подход к диагностике и лечению тикозных расстройств у детей / Ю. А. Фесенко, М. И. Лохов, Л. П. Рубина // РМЖ. – 2005. – № 15. – С. 973.
98. Филиппова, Н. В. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему / Н. В. Филиппова, Ю. Б. Барыльник // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 3. – С. 96-101.

99. Чекалина, Ю. М. Феномен клаустрофобии в системе медицинского центра / Ю. М. Чекалина // Вестник науки. – 2019. – № 9 (18), т. 2. – С. 85-90.
100. Черепанова, Е. М. Психологический стресс: Помоги себе и ребенку. Книга для школьных психологов, родителей и учителей / Е. М. Черепанова. – 2-е изд. – Москва : Академия, 1997. – 96 с.
101. Чернобровкина, С. В. Воображение как фактор проявлений тревожности и страхов у дошкольников / С. В. Чернобровкина, В. В. Гусарова // Вестник Омского университета. Серия «Психология». – 2016. – № 2. – С. 42-52.
102. Шапошникова, А. Ф. Структурно-динамические особенности высокофункциональных аутистических расстройств у детей младшего школьного возраста: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: специальность 14.01.06 «Психиатрия» / Шапошникова Антонина Феликовна; Московский научно-исследовательский институт психиатрии. – Москва, 2014. – 22 с.
103. A Systematic Review of the Treatment of Fears and Phobias Among Children with Autism Spectrum Disorders / S. Lydon, O. Healy, O. O'Callaghan [et al.] // Review Journal of Autism and Developmental Disorders. – 2015. – Vol. 2. – P. 141-154.
104. Adams, D. The Relationship Between Child Anxiety and the Quality of Life of Children, and Parents of Children, on the Autism Spectrum / D. Adams, M. Clark, K. Simpson // J. Autism Dev. Disord. – 2020. – Vol. 50. – P. 1756–1769. doi: 10.1007/s10803-019-03932-2
105. Anxiety Disorders Interview Schedule—Autism Addendum: reliability and validity in children with autism spectrum disorder / C. M. Kerns, P. Renno, P. C. Kendall [et al.] // J. Clin. Child. Adolesc. Psychol. – 2017. – Vol. 46, N 1. – P. 88-100.
106. Anxiety in a preschool-aged sample with autism spectrum disorder and developmental delay: Rates, symptom manifestation, and parenting risk variables / N. Chan, C. M. Sanner, Y. A. McGregor [et al.] // Journal of Mental Health Research

- in Intellectual Disabilities. – 2021. – Vol. 14, N 2. – P. 202–224.
<https://doi.org/10.1080/19315864.2021.1883781>
107. Anxiety in Autism Spectrum Disorder: Clinical Characteristics and the Role of the Family / S. Guerrera, M Pontillo, M C Tata [et al.] // Brain Sci. – 2022. – Vol. 12, N 12. – P. 1597. doi: 10.3390/brainsci12121597
108. Atypical multisensory integration and the temporal binding window in autism spectrum disorder / S. Kawakami, S. Uono, S. Otsuka [et al.] // J. Autism Dev. Disord. – 2020. – Vol. 50. – P. 3944-3956. DOI: 10.1007/s10803-020-04452-0
109. Autism spectrum disorder / C. Lord, T. S. Brugha, T. Charman [et al.] // Nature Reviews Disease Primers. – 2020. – Vol. 6, N 1. — P. 1-23.
<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4>
110. Burchi, E. Anxiety in autism spectrum disorder / Elisabetta Burchi, Eric Hollander // The Autism and Obsessive Compulsive Spectrum Program and the Anxiety and Depression Program at the Albert Einstein College of Medicine and Montefiore Medical Center [site], 2018. – URL: <https://adaa.org/learn-from-us/from-the-experts/blog-posts/consumer/anxiety-autism-spectrumdisorder> (accessed: 29.10.2024).
111. Capriola-Hall, N. N. Parent- and child-factors in specific phobias: The interplay of overprotection and negative affectivity / N. N. Capriola-Hall, J. A. Booker, T. H. Ollendick // Journal of Abnormal. Child. Psychology. – 2020. – Vol. 48, N 10. – P. 1291-1302. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7484109/>
112. Chalfant, A. M. Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: A controlled trial / A. M. Chalfant, R. Rapee, L. Carroll // Journal of autism and developmental disorders. – 2007. – Vol. 37. – P. 1842-1857.
113. Chan, N. Prevalence and Phenomenology of Anxiety in Preschool-Aged Children with Autism Spectrum Disorder / N. Chan, R. M. Fenning, C. L. Neece // Res. Child. Adolesc. Psychopathol. – 2023. – Vol. 51. – P. 33-45.
<https://doi.org/10.1007/s10802-022-00964-8>

114. Changes in brain volume associated with trauma-focused cognitive behavioral therapy among youth with posttraumatic stress disorder / A. S. Garrett, L. Abazid, J. A. Cohen [et al.] // *J. Trauma Stress.* – 2021. – Vol. 34. – P. 744-756.
115. Childhood generalized specific phobia as an early marker of internalizing psychopathology across the lifespan: Results from the World Mental Health Survey / Y. A. deVries, A. Al-Hamzawi, J. Alonso [et al.] // *BMC Medicine.* – 2019. – Vol. 17, N 101. – P. 1-11. doi: 10.1186/s12916-019-1328-3
116. Children's Fear Scale (CFS) / C. M. McMurtry, M. Noel, C. T. Chambers, P. J. McGrathet // *Health Psychology, Advanced Access Online,* 2011. – URL: <https://cpb-ca-c1.wpmucdn.com/sites.uoguelph.ca/dist/e/265/files/2021/04/Childrens-Fear-Scale-English.pdf> (дата обращения: 20.10.2024).
117. Clinical characteristics of comorbid tic disorders in autism spectrum disorder: exploratory analysis / Y. R. Kim, D.-Y. Song, G. Bong [et al.] // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* – 2023. – Vol. 17. – Article number: 71. – DOI: <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-023-00625-8>
118. Clinically significant anxiety in children with autism spectrum disorder and varied intellectual functioning / C. M. Kerns, B. Winder-Patel, A. M. Iosif [et al.] // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.* – 2021. – Vol. 50, N 6. – P. 780-795. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1703712>
119. Co-occurring trajectories of anxiety and insistence on sameness behaviour in autism spectrum disorder / D. A. Baribeau, S. Vigod, E. Pullenayegum [et al.] // *The British Journal of Psychiatry.* – 2021. – Vol. 218, N 1. – P. 20-27. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.127>
120. Cost and effectiveness of one session treatment (OST) for children and young people with specific phobias compared to multi-session cognitive behavioral therapy (CBT): Results from a randomized controlled trial / H. I. Wang, B. Wright, L. Tindall [et al.] // *BMC Psychiatry.* – 2022. – Vol. 22. – P. 547. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04192-8>
121. Davis, T. E. Specific phobia, fear, and the autism spectrum in children and adolescents: Adapting OST for ASD / T. E. Davis, J. Brennan // *Clinical. Child. and*

Family Psychology Review. – 2024. – Vol. 27, N 2. – P. 509-522.
<https://doi.org/10.1007/s10567-024-00475-6>

122. Development of the parent-rated anxiety scale for youth with autism spectrum disorder / L. Scahill, L. Lecavalier, R. T. Schultz [et al.] // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 2019. – Vol. 58, N 9. – P. 887-896.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.016>
123. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. Text revision. 2022. URL: <https://www.ifeet.org/files/Diagnostic-and-Statistical-Manual-of-Mental-Disorders,-Fifth-Edition,-Text-Revision--DSM-5-TR---American-Psychiatric-Association---z-lib.org-.epub.pdf> (дата обращения: 15.10.2024).
124. Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020 March 2023 / K. Shaw, D. Bilder, D. McArthur, A. R. Williams // MMWR. – 2023. – Vol. 72, N 1. – P. 1-15 DOI:10.15585/mmwr.ss7201a1
125. Effects of cognitive behavioral therapy on daily living skills in children with high-functioning autism and concurrent anxiety disorders / A. Drahota, J. J. Wood, K. M. Sze, M. Van Dyke // Journal of autism and developmental disorders. – 2011. – Vol. 41. – P. 257-265.
126. Examining the sustained use of a cognitive behavioral therapy program for youth with autism spectrum disorder and co-occurring anxiety / K. Pickard, A. Blakeley-Smith, R. Boles [et al.] // Research in Autism Spectrum Disorders. – 2020. – Vol. 73. – P. 101532. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2020.101532>
127. Exploring anxiety symptoms in a large-scale twin study of children with autism spectrum disorders, their co-twins and controls / V. Hallett, A. Ronald, E. Colvert [et al.] // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2013. – Vol. 54, N 11. – P. 1176-1185.
128. Family report of ASD concomitant with depression or anxiety among US / M. L. McPheeters, A. Davis, J. R. Navarre 2nd, T. A. Scott // Journal of autism and developmental disorders. – 2011. – Vol. 41. – P. 646-653.

129. 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. of Autism and Developmental Disorders. – 1987. – Vol. I7. – P. 272-288.
130. Hazarika O. D., Herringa R. J. Tango Without Touching: Defusing Pediatric PTSD in the Emergency Department // Psychiatric Times. – 2024. – T. 41, № 8. – C. 39-31.
131. Hobbs, K. G. Anxiety and Autism: Best Ways to Relieve the Effects of Anxiety / K. G. Hobbs // Autism Health and Medical Info, October 18, 2023. – URL: <https://www.autismparentingmagazine.com/anxiety-and-autism/> (дата обращения: 21.10.2024).
132. Level 2: LSCI refresher course. Life Space Crisis Intervention. URL: <https://www.lsci.org/modules/stage-1-drain-off/> (дата обращения 19.10.2024).
133. Lord, C. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders / C. Lord, M. Rutter, A. Le Couteur // Journal of autism and developmental disorders. – 1994. – Vol. 24. – P. 659-685.
134. Maddox, B. B. Long-term effects of CBT on social impairment in adolescents with ASD / B. B. Maddox, Y. Miyazaki, S. W. White // J. Autism. Dev. Disord. – 2017. – Vol. 47, N 12. – P. 1-11.
135. Meyer-Lindenberg, A. Introduction to topic: Autism spectrum disorders / A. Meyer-Lindenberg // Der Nervenarzt. – 2011. – N 5. – S. 551-552.
136. Naruse H. et al. A multi-center double-blind trial of pimozide (Orap), haloperidol and placebo in children with behavioral disorders, using crossover design// Acta aedopsychiatr. – 1982– V.48. – P. 173-184.
137. Niki, B. Marital status over 28 years of parents of individuals with autism and other developmental disabilities / Bahri Niki, Kyle Sterrett, Catherine Lord // Fam. Psychol. – 2023. – Vol. 37, N 6. – P. 920-931. doi: 10.1037/fam0001093

138. Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism and high-functioning autism / A. J. Russell, D. Mataix-Cols, M. Anson, D. G. M. Murphy // British journal of psychiatry. – 2005. – Vol. 186, Issue 6. – P. 525-528.
139. Obsessive-Compulsive Disorder and Autism Spectrum Disorders: Longitudinal and Offspring Risk / S. M. Meier, L. Petersen, D. E. Schendel [et al.] // PLoS ONE – 2015. – Vol. 10, N 11. – e0141703.
140. Organization for Autism // Research Treating Phobias, February 25, 2019. – URL: <https://researchautism.org/treating-phobias/> (дата обращения: 22.10.2024).
141. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2016 / M. J. Maenner, K. A. Shaw, J. Baio [et al.] // Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries. – 2020. – Vol. 69, N 4. – P. 1-12. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>
142. Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses / M. M. Hossain, N. Khan, A. Sultana [et al.] // Psychiatry Res. – 2020. – Vol. 287. – P. 112922. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112922.
143. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: A systematic review and meta-analysis / M. C. Lai, C. Kassee, R. Besney [et al.] // Lancet Psychiatry. – 2019. – N 6. – P. 819-829. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30289-
144. Puleo, C. M. Anxiety disorders in typically developing youth: Autism spectrum symptoms as a predictor of cognitive-behavioral treatment / C. M. Puleo, P. C. Kendall // Journal of autism and developmental disorders. – 2011. – Vol. 41. – P. 275-286.
145. Rapee, R. M. Anxiety disorders in children and adolescents : nature, development, treatment and prevention / Ronald M Rapee // IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health / ed. J. M. Rey. – 2018 edition. – Geneva : International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2018. – 20 p. – URL:

https://iacapap.org/_Resources/Persistent/dcdfa875541149469ff8dda50fe3c5c249bb99c8/F.1-Anxiety-Disorders-2018-UPDATE.pdf (accessed: 24.10.2024).

146. Reducing Specific Phobia/Fear in Young People with Autism Spectrum Disorders (ASDs) through a Virtual Reality Environment Intervention / M. Maskey, J. Lowry, J. Rodgers [et al.] // PLoS One. – 2014. – Vol. 9, N 7. – e100374.
147. Russell, J. D. Developmental variation in amygdala volumes: modeling differences across time, age, and puberty / J. D. Russell, M. A. Marsee, C. F. Weems // Biol. Psychiatry Cogn. Neurosci. Neuroimaging. – 2021. – N 6. – P. 117-125.
148. Sachan, A, Onychophagia (Nail biting), anxiety, and malocclusion / Avesh Sachan, T. P. Chaturvedi // Indian J Dent Res. – 2012. – VoI. 23, N 5. – P. 680-682. DOI: 10.4103/0970-9290.107399
149. Schopler E. Profil psychoedukacyjny PEP-R. URL: <https://w.bibliotece.pl/1709168/Profil+psychoedukacyjny+PEP-R> (дата обращения 29.10.2024)
150. Shopler, E. Childhood Autism Rating Scale (CARS) / E. Shopler, R. J. Reichler, B. R. Renner. – Los Angeles, California: WPS, 1988. – 16 p.
151. Social anxiety in autism spectrum disorder: a systematic review / D. Spain, J. Sin, K. B. Linder [et al.] // Research in autism spectrum disorders. – 2018. – Vol. 52. – P. 51-68.
152. Social Media and Youth Mental Health: The US Surgeon General's Advisory. – Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 2023. – 25 p.
153. Spence SH., Rapee R., McDonald C., Ingram M. The structure of anxiety symptoms among preschoolers. Behav Res Ther. 2001; 39(11):1293-316.
154. State of the field: Differentiating intellectual disability from autism spectrum disorder / A. Thurm, C. Farmer, E. Salzman [et al.] // Frontiers in Psychiatry. – 2019. – N 10. – P. 526. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00526>
155. Steinsbekk, S. Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: A 6-wave community study / S. Steinsbekk, B. Ranum, L. Wichstrøm // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2022. – Vol. 63, N 5. – P. 527–534. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13487>

156. Syriopoulou- Delli, C. K. A systematic review of dysfunctional thoughts, feelings and phobias of children and adolescents with autism / K. C. Syriopoulou- Delli // Solutions and therapeutic methods. – 2022. – N 14. – P. 792-802. <https://doi.org/10.1080/20473869.2022.2134962>
157. The fear that remains: associations between trauma, related psychopathology, and fear-potentiated startle in youth resettled as refugees / L. R. Grasser, B. Saad, C. Bazzi [et al.] // Dev. Psychobiol. – 2023. – Vol. 65. – e22385.
158. The prevalence of specific phobia by age in an Italian Nationwide Survey: How much does it affect the quality of life? / F. Sancassiani, F. Romano, M. Balestrieri [et al.] // Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health. – 2019. – Vol. 15. – P. 30–37. <https://doi.org/10.2174/1745017901915010030>
159. The relationship between autism spectrum disorders and anxiety: The moderating effect of communication / T. E. Davis, B. N. Moree, T. Dempsey [et al.] // Research in autism spectrum disorders. – 2011. – Vol. 5, N 1. – P. 324-329.
160. The relative risk and timing of divorce in families of children with an autism spectrum disorder / S. L. Hartley, E. T. Barker, M. M. Seltzer [et al.] // J. Fam. Psychol. – 2010. – Vol. 24, N 4. – P. 449-457 doi: 10.1037/a0019847
161. The structure of anxiety symptoms among preschoolers / S. H. Spence, R. Rapee, C. McDonald, M. Ingram // Behaviour Research and Therapy. – 2001. – Vol. 39. – P. 1293-1316.
162. Through a Developmental Lens: Emerging Insights to Understand and Treat Pediatric PTSD // American Journal of Psychiatry. – 2023. – Vol. 180, N 9. – P. 636-644.
163. Unusual fears in children with autism. Research in autism spectrum disorders / S. D. Mayes, S. L. Calhoun, R. Aggarwal [et al.]. – 2013. – Vol. 7, N 1. – P. 151-158.
164. Van Steensel, F. J. A cost of illness study of children with high-functioning autism spectrum disorders and comorbid anxiety disorders as compared to clinically anxious and typically developing / F. J. Van Steensel, C. D. Dirksen, S. M. Bogels // Journal of autism and developmental disorders. – 2013. – Vol. 43. – P. 2878-2890.

165. Van Steensel, F. J. Anxiety levels in children with autism spectrum disorder: a metaanalysis / F. J. Van Steensel, E. J. Heeman // Journal of child and family studies. – 2017. – Vol. 26. – P. 1-15.
166. Witwer, A. N. Validity of comorbid psychiatric disorders in youngsters with autism spectrum disorders / A. N. Witwer, L. Lecavalier // Journal of developmental and physical disabilities. – 2010. – Vol. 22. – P. 367-380.
167. Wong S.W. Hypochondriacal complaints among Hong Kong children: a mental health hazard? // Ann. Acad. Med. Singap. – 1979. – P. 244-251.
168. Wood, J. J. Exploring the nature and function of anxiety in youth with autism spectrum / J. J. Wood, K. D. Gadow // Clinical psychology: science and practice. – 2010. – Vol. 17. – P. 281-292.