

Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2023, Т. 57, № 4, с. 100-110,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-838>

V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology, 2023, T. 57, no 4, pp. 100-110,
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-838>

Разработка и валидация опросника для оценки патоморфоза и патопластики стереотипий при расстройствах аутистического спектра и шизофрении в детском возрасте

Аттаева Л.Ж.¹, Макаров И.В.^{2, 3}

¹ Психиатрическая клиническая больница № 1 имени Н.А. Алексеева, Москва, Россия

²Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии

и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

³Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Актуальность. Повторяющееся поведение, ограниченные интересы и другое необычное сенсорное поведение часто существенно влияют на жизнь людей с нарушениями развития, такими как расстройство аутистического спектра (PAC) и шизофрения детского возраста (ШДВ). Выявление конкретных паттернов атипичного поведения при этих расстройствах позволяет повысить специфичность диагнозов и оценивать эффективность лечения. Поэтому было бы полезно иметь утвержденный опросник для оценки стереотипий при PAC и шизофрении в детском возрасте, ориентированный на родителей и опекунов детей этой когорты. Цель: разработка и валидация опросника для оценки проявлений и динамики стереотипий при PAC и ШДВ в детском возрасте, ориентированного на родителей и опекунов детей этой когорты, для дальнейшего использования в клинической практике.

Материалы и методы: в соответствии с международными и российскими стандартами проведены разработка опросника оценки проявлений и динамики стереотипий и его тестирование на фокусной группе родителей (законных представителей) детей с диагнозами PAC и ШДВ с последующей оценкой результатов психодиагностического тестирования — надежности, валидности и чувствительности полученных результатов разработанного опросника. Статистический анализ проводился с использованием Statistica, версия 9.0. Результаты: по результатам тестирования при участии группы родителей (законных представителей) выбранной когорты были подтверждены приемлемость опросника, высокие показатели валидности. Проведенный факторный анализ свидетельствует об адекватности группировки вопросов опросника по предполагаемым факторам и устойчивой конструктивной валидности. Заключение: полученные результаты свидетельствуют о надежности, валидности и чувствительности опросника оценки проявлений и динамики стереотипий при PAC и ШДВ в детском возрасте и возможности его использования при проведении эпидемиологических исследований как для клинической практики, так и в научных целях в области психиатрии.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, шизофрения, патоморфоз, патопластика, стереотипии, валидация опросника.

Информация об авторах

Аттаева Лейла Жамаловна: staff1@staffmsk6.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1821-2760>.

Макаров Игорь Владимирович: ppsy@list.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0176-3846>.

Как цитировать: Аттаева Л.Ж., Макаров И.В., Разработка и валидация опросника для оценки патоморфоза и патопластики стереотипий при расстройствах аутистического спектра и шизофрении в детском возрасте. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2023; 57:4:100-110. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-4-838>.

Конфликт интересов: Макаров И.В. является членом редакционной коллегии.

Development and validation of a questionnaire for assessing pathomorphosis and pathoplasty of stereotypes in autism spectrum disorders and schizophrenia in childhood

Leyla Zh. Attaeva¹, Igor V. Makarov^{2,3}

¹ Mental-Health Clinic №. 1 named after N.A. Alekseev, Moscow, Russia

²V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St.Petersburg, Russia

³North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St.Petersburg, Russia

Research article

Summary. Relevance: repetitive behaviors, limited interests, and other unusual sensory behaviors often significantly affect the lives of many people with developmental disabilities, including but not limited to autism spectrum disorder (ASD) and childhood schizophrenia (PSD). Identification of specific patterns of atypical behavior in these disorders can improve the specificity of diagnoses and monitor response to treatment. Therefore, it would be useful to have an approved questionnaire for the assessment of pathomorphosis and pathoplasty of stereotypes in ASD and schizophrenia in childhood, aimed at parents and caregivers of children in this cohort.

Objective: To develop and validate a questionnaire for assessing the manifestations and dynamics of stereotypes in ASD and ADHD in childhood, aimed at parents and guardians of children in this cohort, for further use in clinical practice. Materials and Methods: in accordance with international and Russian standards, a questionnaire was developed to assess the manifestations and dynamics of stereotypes and tested on a focus group of parents (legal representatives) of children diagnosed with ASD and PSD, followed by an assessment of the results of psychodiagnostic testing — reliability, validity and sensitivity of the results obtained. developed questionnaire. Statistical analysis was performed using Statistica, version 9.0. Results: according to the results of testing with the participation of a group of parents (legal representatives) of the selected cohort, the acceptability of the questionnaire and high validity rates were confirmed. The conducted factor analysis testifies to the adequacy of the grouping of questions of the questionnaire according to the expected factors and stable construct validity. Conclusion: the results obtained indicate the reliability, validity and sensitivity of the questionnaire for assessing the manifestations and dynamics of stereotypes in ASD and SDV in childhood and the possibility of its use in epidemiological studies both for clinical practice and for scientific purposes in the field of psychiatry.

Keywords: autism spectrum disorders, schizophrenia, pathomorphosis, pathoplasty, stereotypes, questionnaire validation.

Information about the authors

Leila Zh. Attaeva* — staff1@staffmsk6.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1821-2760>.

Igor V. Makarov — ppsv@list.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0176-3846>.

To cite this article: Attaeva LZh, Makarov IV, Development and validation of a questionnaire for assessing pathomorphosis and pathoplasty of stereotypes in autism spectrum disorders and schizophrenia in childhood. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2023; 57:4:100-110. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-4-838>. (In Russ.)

Conflict of Interest: Igor V. Makarov is a member of the editorial board.

Cтереотипные или повторяющиеся формы поведения и движений (Restricted, repetitive behavior — RRB), включая моторные, сенсорные, вокальные и другие компоненты, встречаются при различных расстройствах, в том числе, таких как РАС и ШДВ [1, 16]. Эти расстройства в разное время рассматривались либо как тесно связанные, либо как непересекающиеся и несовместимые. Тем не менее, РАС и ШДВ имеют сильную историческую связь [3]. В 1911 году Ойген Блейлер ввел термин «аутизм» для описания явного ухода от внешнего мира, который он наблюдал у больных шизофренией. К 1940-м годам Лео Каннер переопределил термин «аутизм» для описания детского поведенческого расстройства, которое, по его предположению, могло быть ранней формой шизофрении.

Со временем Майкл Раттер (1972) утверждал, что аутизм является самостоятельным расстройством, независимым от шизофрении, учитывая их различия, такие как возраст начала [15]. В современном понимании РАС и ШДВ — это отдельные расстройства с разными клиническими профилями и естественным течением [10]. Но в литературе есть несколько сообщений, описывающих людей как с аутизмом, так и с шизофренией, и более широкие фенотипы этих расстройств явно пересекаются [9, 13, 14]. Поскольку DSM-5 классифицирует расстройства, в первую очередь, по симптомам, ключевой задачей является работа над системой классификации, которая группирует расстройства на основе биологически значимых механизмов, с конечной целью лучшего выбора оптимального лечения [7].

Согласно DSM-5, RRB становятся «ограниченными, повторяющимися и стереотипными моделями поведения, интересов и деятельности». В частности, DSM-5 для домена RRB является политетническим, т.е. должны присутствовать два из четырех RRB [7]. Такое поведение непостоянно проявляется с течением времени, не всегда существует и может меняться по количеству, качеству и типу. RRB варьируются от стереотипных моторных движений до атипичных реакций на сенсорные раздражения [5]. М. Тернер [17] разделил этот широкий спектр RRB на два класса:

- «нижний уровень», характеризующийся повторением движений, включая стереотипные движения, повторяющиеся манипуляции с объектами и повторяющиеся формы самоповреждающего поведения;

- «более высокий уровень», который включает привязанность к объектам, настаивание на одинаковости, повторяющуюся речь и ограниченные интересы.

Было обнаружено, что RRB более низкого уровня связано с более низкими когнитивными способностями, более недостаточными адаптивными навыками и более молодым хронологическим возрастом, тогда как RRB более высокого уровня, как было показано, либо не имеет связи, либо имеет положительную связь с теми же переменными [2].

Несмотря на их высокую частоту и сильную диагностическую значимость, RRB до конца не изучены из-за их широкого спектра проявления и сложности паттерна. Проблема использования в научных и практических целях фенотипирования RRB касается в первую очередь ограничений самих используемых психометрических инструментов, а ранняя диагностика остается не столько правилом, сколько исключением.

Существует три основных метода оценки RRB: опрос родителей, наблюдение и анкетирование. Пересмотренное диагностическое интервью по аутизму (ADI-R), полуструктурированное, стандартизированное интервью, является признанным диагностическим инструментом РАС [4]. Тем не менее, элементы, связанные с RRB, немногочисленны и сосредоточены в измерении ограниченного интереса и поведения. Контрольный список отклоняющегося поведения (ABC) — шкала, используемая для оценки поведенческих проблем при РАС. По сравнению с другими инструментами, ABC включает в себя более комплексные поведенческие проблемы. Помимо RRB, он также исследует другие аспекты, такие как эмоциональная стабильность, внимание и гиперактивность. В настоящее время ABC применяется к детям и взрослым и используется для измерения результатов медикаментозного лечения и поведенческих вмешательств у лиц с РАС. Тем не менее, потенциальным недостатком является то, что подшкала стереотипного поведения содержит всего семь пунктов, в основном описывающих стереотипные моторные движения и движения конечностей.

График наблюдения за диагностикой аутизма, 2-е издание (ADOS-2) в сочетании с ADI-R считается золотым стандартом для оценки детей с РАС. Хотя некоторые элементы, касающиеся RRB, включены в алгоритм ADOS-2, стоит отметить, что эта оценка может не находить детские RRB за ограниченное время и в одной среде, что влияет на точность оценки. При этом, наиболее используемые опросники и шкалы по RRB при РАС и ШДВ не разрабатывались на основе диагностических критериев DSM-5/МКБ-10,11 — золотом стандарте психиатрической диагностики, а имеющиеся опросники (например, шкала наблюдения для диагностики аутизма: ADOS-1 и 2 [6], Шкала наблюдения «Суммарная оценка поведения» (BSE) [8,12] или шкала социальной отзывчивости: SRS-2 [11]) стали популярными в России, при этом никаких сведений про адаптацию и стандартизацию этих методик на уровне психиатрии практически нет, а перевод чаще всего осуществляется психологами и педагогами. Данные опросники оценивают только текущее состояние пациента и не оценивают ретроспективно наличие RRB в детском возрасте и их динамику при РАС и ШДВ.

В связи с этим целью исследования являлись разработка и валидация опросника для оценки проявлений и динамики стереотипий при РАС и ШДВ в детском возрасте, ориентированного на родителей (законных представителей) детей этой когорты, для его дальнейшего использования в клинической практике. Анкеты такого рода ранее в литературе не публиковались.

Материалы и методы

Элементы анкеты были составлены путем изучения медицинской литературы на основе симптомов в трех различных категориях: визуальное поведение, социальное поведение и общение. Первоначально был разработан набор из 25 вопросов, а затем после тщательного обсуждения с другими экспертами была разработана анкета из 13 пунктов. Восьмой пункт включал 9 групп стереотипий (в каждой из которых были включены стереотипии от 3 до 10) по возрасту начала и продолжительности каждой из них.

Затем черновик опросника был разослан 10 профильным специалистам с клиническим опытом работы в этой области более 20 лет для рассмотрения вопросов и пунктов опросника. После корректировки опросника и его общего оформления последний был предложен к заполнению респондентами анализируемой выборки.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева и ПНД №15. Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева расположена по адресу: г. Москва, Загородное шоссе, д.2. Филиал больницы, Психоневрологический диспансер № 15, расположенный по адресу: г. Москва, Армянский пер., 3/5, стр.4, осуществляющий профилактику, диагностику, консультативно-лечебную помощь, медицинскую реабилитацию и диспансерное наблюдение населения Мещан-

ского, Басманного, Красносельского, Тверского, Пресненского, Замоскворецкого муниципальных районов Центрального административного округа г. Москвы. В структуру диспансера входит: 2 диспансерных отделения, дневной стационар на 50 мест, отделение интенсивного оказания психиатрической помощи на 30 мест, медико-реабилитационное отделение «Клиника памяти» на 50 мест, консультативный центр психического здоровья, кабинет функциональной диагностики, кабинет активного диспансерного наблюдения и амбулаторно-принудительного лечения, логопедический кабинет, медико-социальный кабинет, отделение по оказанию платных медицинских услуг.

Задачей диспансерного отделения является качественное оказание медицинской помощи прикрепленному населению в амбулаторных условиях в целях удовлетворения общественной потребности в медицинском обслуживании. Основной функцией подразделения является раннее выявление психических расстройств, их своевременная и качественная диагностика; лечебно-консультативная, профилактическая, социально-реабилитационная помощь; диспансерное наблюдение и лечение лиц, страдающих хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими и/или часто обостряющимися болезненными проявлениями; своевременное направление в стационар больных, нуждающихся в госпитализации; участие в решении различных медико-социальных вопросов своих пациентов, привлечение семей пациентов к реализации индивидуальных программ медико-социальной реабилитации. Количество прикрепленного населения — 483820 чел.

В исследовании по валидизации опросника приняли участие 300 респондентов — родителей, детям которых был поставлен диагноз РАС или ШДВ в детском возрасте. Учитывали тяжесть RRB на основе частоты возникновения повторяющихся действий, факторы возникновения, их вариативность в динамике.

Статистический анализ проводился с использованием Statistica, версия 9.0. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости «*p*» принимался равным 0,05. Количественные показатели анализировались с помощью критерия Стьюдента, данные представлялись в виде среднего арифметического и среднеквадратичного отклонения (SD). Для сравнения бинарных показателей использовали критерий со-пряженности Пирсона χ^2 . Для количественной оценки каждого пункта шкалы рассчитывали отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал к ОШ по методу Вульфа. Надежность и валидность опросника оценивали путем вычисления а-коэффициента Кронбаха и анализа корреляций между вопросами опросника.

Результаты

Средний возраст детей на момент исследования составил $12,9 \pm 1,7$ года, соотношение лиц мужского и женского пола составило 73,8/26,2%. Диагноз аутизм и/или РАС был подтвержден у 256 (85,3%) детей, остальным 44 (14,7%) был установлен диагноз ШДВ. Средний возраст постановки диагноза для подгруппы с РАС находился в пределах $3,1 \pm 1,4$ лет (от 1 до 4 лет), для подгруппы ШДВ — $8,6 \pm 2,7$ лет (от 5 до 11 лет). Большинство детей находились на момент исследования на домашней форме обучения (61,7%).

Согласно ответам родителей на предложенные вопросы, дети были распределены по соотношению суммарного балла по возрасту начала и продолжительности вариантов повторяющихся действий (больше или меньше).

«Продолжительные стереотипии» ($\Sigma \geq 1$ года) отмечены у 171 (57%) детей с РАС/ШДВ, короткий промежуток времени (несколько месяцев) зафиксирован у 129 (43%) детей. Возраст ребенка начала фиксации родителями повторяющихся действий для подгруппы с РАС находился в пределах $1,1 \pm 0,2$ лет, для подгруппы ШДВ — $6,2 \pm 1,4$ лет

Таблица 1. Количественная оценка показателей 8 пункта опросника
Table 1. Quantification of indicators 8 points of the questionnaire

№	Переменная	ОШ	95% доверительный интервал
А	Двигательные стереотипии	2.14	1,87-2,51
Б	Оральные стереотипии	2.33	1.78-2.95
В	Сенсорно-двигательные стереотипии	4,89	3.15-6.24
Г	Действия с частями объектов или нефункциональными компонентами игрового материала	3.67	2.71-4.62
Д	Эмоционально-аффективные стереотипии	2.41	2.16-3.24
Е	Речевые стереотипии	5,69	3.22-9.45
Ж	Явно выраженные нефункциональные ритуалы и привычки	4,23	2.14-6.76
З	Ограниченные интересы	7,11	1.22-14.76
И	Стереотипия направлена на самоповреждение	4,41	1.36-6.51

($p \geq 0,002$). Со временем повторяющиеся действия ребёнка менялись в 45% случаях при РАС, для подгруппы ШДВ этот показатель составил 28% ($p \geq 0,001$).

При анализе отдельных пунктов 8 вопроса опросника различия по большинству из них (варианты повторяющихся действий, возраст начала и продолжительность) в группах имели статистическую значимость. Наиболее выраженные шансы развития повторяющихся действий были выявлены по таким стереотипиям, как:

- сенсорно-двигательные стереотипии (ОШ=4,89).
- речевые стереотипии (ОШ=5,69).
- ограниченные интересы (ОШ=7,11).
- самоповреждение (ОШ=4,41) (Табл.1).

В частности, в большей степени (ОШ >3) выражены шансы развития стереотипий в виде хождения на носочках (ОШ 3,28 95% ДИ 1,99-5,38); перебивания пальчиками у глаз (ОШ 3,24 95% ДИ 2,08-5,06); открывания — закрывания глаз у кукол (ОШ 3,57 95% ДИ 2,30-5,55); повторяющихся действий, вызывающих эффект со стороны взрослого (ОШ 3,39 95% ДИ 1,59-5,89); повторяющихся вокализаций (ОШ 5,80 95% ДИ 2,89-8,96), слов (ОШ 4,34 95% ДИ 2,73-6,88) и фраз (ОШ 5,59 95% ДИ 3,57-8,74); употребления одной и той же еды (ОШ 7,30 95% 4,52-11,79); ограниченных интересов в виде чисел (ОШ 7,87 95% ДИ 4,87-12,62), транспорта (ОШ 4,00 95% ДИ 2,56-6,25) и динозавров (ОШ 9,21 95% ДИ 5,69-14,91), стереотипий, направленных на самоповреждение в виде отрывания ногтей, кожи на пальцах (ОШ 7,44 95% ДИ 4,32-13,16).

В связи с большим количеством факторов, каждый из которых имеет различную оценку по показателю отношения шансов (ОШ), на следующем этапе работы была использована логистическая регрессия с включением всех переменных опросника. В результате было выделено 13 наиболее важных пунктов, обеспечивающих характеристику проявлений и динамики стереотипий при РАС и ШДВ в детском возрасте (Табл.2), при этом каждый из них оказывал неравнозначное влияние, например, «употребление одной и той же еды» (ОШ=7,30) имел большее значение для оценки проявлений, чем «повторяющиеся движения языком, чрезмерное обнюхивание предметов, пересыпание песка, открывание-закрывание глаз у кукол, повторяющиеся действия, которые вызывают эффект со стороны взрослого, повторяющиеся вокализации, слова и фразы, употребление одной и той же еды, ограниченные интересы (числа или динозавры)», а также стереотипии, направленные на самоповреждение в виде отрывания ногтей, кожи на пальцах с пониженным порогом болевой чувствительности. Каждый из этих пунктов имеет большее или меньшее значение для диагностики стереотипий при РАС и ШДВ в детском возрасте.

При этом отмечено преобладание положительных ответов в группе РАС. Более ранний возраст начала выявлен при эмоционально-аффективных стереотипиях ($r=6,88$, $p <0,0001$), более поздний — при стереотипиях, направленных на самоповреждение ($r=7,41$, $p <0,0001$). Частота возникновения стереотипий отмечена на уровне «часто», возникновение наиболее выражено в период возбуждения и стресса ($r=6,33$, $p <0,0001$). Наиболее часто стереотипии можно было прервать, но с трудом (в 38% случаев). Попытки изменений вызывали у ребенка чаще всего негативные переживания более интенсивные и «нестандартные» с социальной точки зрения в виде нарастания

тревожности и страха (в 29% случаев) и гнева, агрессии (в 25% случаев).

При расчете коэффициента а-Кронбаха для этого вопросника результат составил 0,83, что отражает очень хорошую внутреннюю согласованность. Значение альфа Кронбаха для подшкал, определенных факторным анализом, составляет 0,87, что указывает на превосходную внутреннюю надежность. Проведенный факторный анализ свидетельствует об адекватности группировки вопросов опросника по предполагаемым факторам и устойчивой конструктной валидности. При анализе корреляций между суммарным баллом по разработанному опроснику и количеством стереотипий по каждому из пунктов 8 вопроса выявлена статистически значимая сильная связь ($r=0,76$; $p <0,001$), что отражает хорошую критериальную валидность опросника.

Обсуждение

По результатам тестирования при участии группы родителей (законных представителей) выбранной когорты и группы контроля, а также в ходе экспертной оценки были подтверждены приемлемость опросника, его соответствие среде, высокие показатели содержательной и внешней валидности. Данные, полученные нами при валидизации опросника, показали 13 наиболее важных пунктов, обеспечивающих уровень распространенности конкретных стереотипий и их частоту у детей при РАС и ШДВ в детском возрасте: хождение на носочках, повторяющиеся движения языком, чрезмерное обнюхивание предметов, пересыпание песка, открывание-закрывание глаз у кукол, повторяющиеся действия, которые вызывают эффект со стороны взрослого, повторяющиеся вокализации, слова и фразы, употребление одной и той же еды, ограниченные интересы (числа или динозавры), а также стереотипии, направленные на самоповреждение в виде отрывания ногтей, кожи на пальцах с пониженным порогом болевой чувствительности. Каждый из этих пунктов имеет большее или меньшее значение для диагностики стереотипий при РАС и ШДВ в детском возрасте.

К ограничениям исследования следует отнести отсутствие сравнения с другими опросниками для оценки проявлений и динамики стереотипий при РАС и ШДВ в детском возрасте, ввиду отсутствия их валидизированных русскоязычных версий.

Заключение

В нашем исследовании представлена разработка и валидация опросника для оценки проявлений и динамики стереотипий при РАС и ШДВ в детском возрасте, ориентированного на родителей и опекунов детей этой когорты, для дальнейшего использования в клинической практике. Значение коэффициента а-Кронбаха для этого вопросника отражало очень хорошую внутреннюю согласованность. При анализе корреляций между суммарным баллом по разработанному опроснику и

Таблица 2. Наиболее часто встречающиеся стереотипии при РАС и ШДВ в детском возрасте
Table 2. The most common stereotypes in ASD and SDV in childhood

Показатель	X ²	p	ОШ	95% ДИ
Хождение на носочках	5,44	0,0041	3,28	1,99-5,38
Повторяющиеся движения языком	12,35	0,0001	2,77	2,11-3,41
Чрезмерно обнюхивает предметы	6,23	0,0020	4,11	2,49-6,56
Пересыпание песка	4,22	0,0072	3,39	1,59-5,89
Открывание-закрывание глаз у кукол	4,51	0,0073	3,57	2,30-5,55
Выполняются повторяющиеся действия, которые вызывают аффект со стороны взрослого	9,12	0,0035	3,39	1,59-5,89
Повторяющиеся вокализации	6,27	0,0022	5,80	2,89-8,96
Слова	9,59	0,0001	4,34	2,73-6,88
Фразы	16,09	0,0001	5,59	3,57-8,74
Употребление одной и той же еды	26,24	0,0001	7,30	4,52-11,79
Ограниченные интересы (числа)	6,97	0,0023	7,87	4,87-12,62
Ограниченные интересы (динозавры)	8,58	0,0004	9,21	5,69-14,91
Стереотипии, направленные на самоповреждение в виде отрывания ногтей, кожи на пальцах	7,35	0,0017	7,44	4,32-13,16

количеством стереотипий по каждому из пунктов выявлена статистически значимая сильная связь ($p <0,001$), что отражает хорошую критериальную валидность. Опросник, таким образом, продемонстрировал хорошую внутреннюю согласованность, критериальную валидность, хорошее соотношение чувствительности и специфичности. Это позволяет рекомендовать его для применения в психиатрической практике и в научных целях в области психиатрии при проведении эпидемиологических исследований для оценки проявлений и динамики стереотипий при РАС и ШДВ в детском возрасте.

Приложение 1

Анкета (опросник) для родителей/законных представителей

В рамках научного исследования, посвящённого изучению патоморфоза и патопластики стереотипий (изменений стереотипий под влиянием различных воздействий и внешних факторов), проводится анкетированный опрос родителей в отношении проявлений и динамики изучаемого патологического симптома у их детей.

- 1) Пол Вашего ребёнка: МУЖ / ЖЕН
 - 2) Возраст ребёнка ____ лет ____ мес
 - 3) Учреждение, которое посещает ребёнок:
Детский сад / школа (очная форма обучения) / школа (домашняя форма обучения)
 - 4) Основной диагноз ребенка:
Шизофрения / Детский аутизм и/или РАС
 - 5) С какого возраста Вы обратили внимание на повторяющиеся действия ребёнка: ____ лет ____ мес
 - 6) В чём они выражались?
 - 7) Со временем повторяющиеся действия ребёнка менялись:
да / нет
 - 8) Если в перечисленном списке есть варианты повторяющихся действий, которые отмечались у Вашего ребёнка, выберите их и надпишите возраст начала и продолжительность:
- Двигательные стереотипии (Однообразные, неоднократно повторяющиеся движения без какой-либо конкретной цели, попытки их прекращения со стороны взрослых могут привести к появлению агрессивного и другого нежелательного поведения у ребенка):

	стереотипии	возраст начала	продолжительность
1	Прыжки	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
2	Раскачивания	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
3	Пробежки	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
4	Хлопки	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
5	Взмахивания	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
6	Потряхивания руками	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
7	Перебирание пальцами	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
8	Вращение руками	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
9	Хождение на носочках (В случае, когда очаговая симптоматика в неврологическом статусе отсутствует, нет аномалий или посттравматических изменений опорно-двигательной системы)	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
10	Другое _____	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет

Оральные стереотипии (Произвольные; не связаны с повреждением структур мозга; наблюдаются на протяжении, по крайней мере, нескольких месяцев; не соответствуют возрастным нормам развития):

	стереотипии	возраст начала	продолжительность
1	Повторяющиеся движения губами	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
2	Повторяющиеся движения языком	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
3	Другое _____	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет

Сенсорно-двигательные стереотипии (Не связаны с тем, что ребенок живет в условиях «обедненной среды», то есть среды, в которой он не получает достаточное количество зрительных, слуховых, осознательных и прочих стимулов; из-за чрезмерности, частоты, необычного характера проявлений стимулирующее поведение практически всегда затрудняет инклюзию ребенка в естественные социальные и образовательные сообщества)

	стереотипии	возраст начала	продолжительность
1	Перебирает пальчиками у глаз	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
2	Кружится вокруг своей оси	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
3	Надавливает пальцами на глаза	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
4	Прищуривает глаза (когда смотрит на свет)	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
5	Стучит по различным поверхностям	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
6	Ощупывает поверхности	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
7	Чрезмерно обнюхивает предметы	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
8	Облизывает предметы	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
9	Зачарован источниками света или объектами в движении	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
10	Другое_____	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет

4. Действия с частями объектов или нефункциональными компонентами игрового материала (*В случае, когда ребенок произвольно «погружается» в повторяющиеся действия, часто не обращая внимания на людей и события. Если ребенка пытаться отвлечь от этих действий — он начинает плакать, кричать, проявлять агрессию и т.п. более интенсивно и «нестандартно» с социальной точки зрения*).

	стереотипии	возраст начала	продолжительность
1	Раскручивание колес	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
2	Пересыпание песка	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
3	Переливание воды	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
4	Открывание — закрывание глаз у кукол	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
5	Другое_____	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет

5. Эмоционально-аффективные стереотипии (*Произвольные; продолжаются на протяжении, по крайней мере, несколько месяцев; не меняются при попытке внешнего воздействия; не соответствует возрастным нормам развития; «нестандартные» с социальной точки зрения*).

	стереотипии	возраст начала	продолжительность
1	Выполняются повторяющиеся действия, которые вызывают эффект со стороны взрослого	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
2	Выполняются повторяющиеся действия, которые вызывают эффект со стороны самого ребенка	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
3	Другое_____	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет

6. Речевые стереотипии (*Бессмысличные частые повторения, не направленные на выполнение социально значимой функции — например, на общение с другими людьми*):

	стереотипии	возраст начала	продолжительность
1	Повторяющиеся вокализации	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
2	Слова	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
3	Фразы	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет
4	другое_____	____ лет ____ мес	____ мес ____ лет

7. Явно выраженные нефункциональные ритуалы и привычки (Произвольные; недостаточно вариабельные; наблюдающиеся на протяжении, по крайней мере, нескольких месяцев; попытки заставить ребенка прекратить действие могут привести к появлению агрессивного и другого нежелательного поведения)

	стереотипии	возраст начала	продолжительность
1	Ребенок стремится, чтобы двери всегда оставались закрытыми или открытыми	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет
2	Обязательно следование одними и теми же маршрутами	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет
3	Ношение одной и той же одежды	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет
4	Употребление одной и той же еды	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет
5	Ритуалы отношений (протест против вариаций, новизны, стремление сохранить и поддерживать в неизменном виде ближайшее окружение и сложившиеся ограниченные формы взаимодействия с ним)	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет
6	Другое _____	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет

8. Ограниченные интересы (Узкосфокусированность, одержимость, поглощенность ребенка чем-то; наблюдается на протяжении длительного периода времени (по крайней мере, нескольких месяцев); отмечаются выраженные проблемы поведения при переключении внимания ребенка на что-то другое)

	стереотипии	возраст начала	продолжительность
1	Числа	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет
2	Динозавры	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет
3	Карты	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет
4	Транспорт	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет
5	Другое	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет

9. Стереотипия направлена на самоповреждение (Невозможность осуществить, попытки прервать самоповреждающие повторяющиеся действия вызывают проблемы в поведении ребенка)

	стереотипии	возраст начала	продолжительность
1	Удары головой	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет
2	Кусание	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет
3	Царапание	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет
4	Вырывание волос	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет
5	Другое _____	_____ лет _____ мес	_____ мес _____ лет

Частота возникновения стереотипий:

редко (1 раз в неделю) / часто (ежедневно) / очень часто (несколько раз в день)

Стереотипия возникает в период:

воздействия да _____/нет _____

усталости (снижение энергии и мотивации) да _____/нет _____

скучи (отсутствие дела или утраты интереса к нему) да _____/нет _____

стресса (состояние напряжения в ответ на стрессор) да _____/нет _____

другое да _____/нет _____

11) Легко ли отвлечь ребенка или прервать стереотипное поведение: легко / трудно / очень трудно.

12) Попытки изменений вызывают у ребенка негативные переживания более интенсивные и «нестандартные» с социальной точки зрения:

Нарастание тревожности и страха да____/нет____

Выраженный дискомфорт да____/нет____

Отчаяние, расстройство да____/нет____

Гнев да____/нет____

другое_____ да____/нет____

13) Мешают ли стереотипии ребёнку: нет / мешает общению с другими детьми / мешает общению с родителями и родственниками / мешает наступным занятиям.

Литература/References

1. Аттаева Л. Ж., Макаров И. В. Стереотипии у детей. Социальная и клиническая психиатрия. 2021;31(2):79-85.
Attaeva LZh, Makarov IV. Stereotypes in children. Social'naya i klinicheskaya psixiatriya. 2021;31(2):79-85. (In Russ.).
2. Балакирева Е.А., Калмыкова Г.В., Матвиенко Е.В. Трудности дифференциальной диагностики стереотипий у детей. Клинический случай. Международный научно-исследовательский журнал. 2022;4-2(118):49-53.
Balakireva EA, Kalmykova GV, Matvienko EV. Difficulties in differential diagnosis of stereotypy in children. Clinical case. Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal. 2022;4-2(118):49-53. (In Russ.).
<https://doi.org/10.23670/IRJ.2022.118.4.079>
3. Воронков Б.В. Психиатрия детей и подростков. СПб.: Наука и Техника. 2017.
Voronkov B.V. Psixiatriya detej i podrostkov. SPb.: Nauka i Tekhnika. 2017. (In Russ.).
4. Гуревич М.О., Озерецкий Н.И. Психомоторика. М.-Л.: Гос. мед. изд-во. 1930.
Gurevich M.O., Ozereczkij N.I. Psixomotorika. M.-L.: Gos. med. izd-vo. 1930. (In Russ.).
5. Комляров В.Л., Симашкова Н.В., Козловская Г.В. и соавт. Двигательные стереотипии в структуре психотических и непсихотических расстройств аутистического спектра. Психическое здоровье. 2016;14(2):69-78.
Kotlyarov VL, Simashkova NV, Kozlovskaya GV et al. Motor stereotypes in the structure of psychotic and non-psychotic disorders of the autism spectrum. Psichicheskoe zdorov'e. 2016;14(2):69-78. (In Russ.).
6. Раммер М., Куто Э., Лорд К. ADI-R. Интервью для диагностики аутизма: руководство. Под общ.ред. А. Сорокина. Western Psychological Services; Giunti O.S. 2014.
Ratter M., Kuto E', Lord K. ADI-R. Interv'yu dlya diagnostiki autizma: rukovodstvo. Pod obshh.red. A. Sorokina. Western Psychological Services; Giunti O.S. 2014. (In Russ.).
7. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5, 5th ed.; American Psychiatric Association: Washington, DC, USA; 2013.
8. Barthélémy C, Roux S, Adrien JL, Hameury L, Guérin P, Garreau B, Fermanian J, Lelord G. Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale. J Autism Dev Disord. 1997;27(2):139-53.
<https://doi.org/10.1023/a:1025887723360>
9. Çabuk T, Özdemir S, Töret G. Language and communication features of childhood-onsets schizophrenia and autism spectrum disorders: A literature review. Ankara University Faculty of Educational Sciences Journal of Special Education. 2022;23(3):655-673.
<https://doi.org/10.21565/ozelegitimdergisi.857651>
10. Correll CU, Cooler NR. Negative symptoms of schizophrenia: a review and clinical guide to recognition, assessment and treatment. Neuropsychiatric diseases and treatment. 2020;16: 519-534.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>
11. Freeman BJ, Ritvo ER, Yokota A, Ritvo A. A scale for rating symptoms of patients with the syndrome of autism in real life settings. J Am Acad Child Psychiatry. 1986;25(1):130-6.
[https://doi.org/10.1016/s0002-7138\(09\)60610-5](https://doi.org/10.1016/s0002-7138(09)60610-5).
12. Giunti OS. Barthélémy C, Roux S, Adrien JL, Hameury L, Guérin P, Garreau B, Fermanian J, Lelord G. Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale. J Autism Dev Disord. 1997;27(2):139-53.
<https://doi.org/10.1023/a:1025887723360>.
13. Prata J, Santos SG, Almeida MI et al. Bridging Autism Spectrum Disorders and Schizophrenia through inflammation and biomarkers—pre-clinical and clinical investigations. J Neuroinflammation. 2017(14):179.
<https://doi.org/10.1186/s12974-017-0938-y>
14. Rebecca EH, Susan ES Schizophrenia and Autism-Related Disorders, Schizophrenia Bulletin. 2015;41(2):313–314.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbu188>

15. Rutter M. *The development of childhood autism.* *Psychological medicine.* 1974;4(2):147-163.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700041982>
16. Trevisan DA, Foss-Feig JH, Naples AJ, Srihari V, Anticevic, McPartland JC. *Autism Spectrum Disorder and Schizophrenia Are Better Differentiated by Positive Symptoms Than Negative Symptoms.* *Front. Psychiatry.* 2020(11):548.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00548>
17. Turner M. *Annotation: Repetitive Behaviour in Autism: A Review of Psychological Research.* *J. Child Psychol. Psychiatry.* 1999;40:839–849.

Сведения об авторах

Аттаева Лейла Жамаловна — кандидат медицинских наук, врач-психиатр ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А.Алексеева» Департамента Здравоохранения г.Москвы. E-mail: staff1@staffmsk6.ru

Макаров Игорь Владимирович — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения детской психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист психиатр Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе, председатель секции детской психиатрии Российского общества психиатров. E-mail: ppsy@list.ru

Поступила 29.06.2023
Received 29.06.2023
Принята в печать 12.08.2023
Accepted 12.08.2023
Дата публикации 20.12.2023
Date of publication 20.12.2023