

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

І.А. Марценковський

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРУ АУТИЗМУ

Відділ медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

Ключові слова: розлади спектру аутизму, реабілітація, метилфенидат, рїсперїдон, атомоксетин

Діагностична категорія розладів загального (первазивного) розвитку -розладів спектру аутизму (РСА) в МКХ-10 об'єднує ознакосклади, які характеризуються якісними порушеннями спілкування, соціальної взаємодії, обмеженими інтересами і стереотипними формами поведінки. До РСА відносять інфантильний аутизм (синдром Каннера), первазивний розлад з якісними порушеннями соціальної реципрокності чи комунікації, або з обмеженим набором стереотипних форм поведінки, інтересів і занять, включаючи помірну та важку розумову відсталість з рисами аутизму і гиперкінетичною симптоматикою (атиповий аутизм), синдром Аспергера. Міжнародна класифікація психічних і поведінкових розладів 10-го перегляду (МКПР-10) до РСА також відносить дезінтегративний психічний розлад і синдром Ретта.

Тяжкість РСА визначається тяжкістю порушень соціально-адаптивної поведінки і когнітивного функціонування, які можуть варіювати в широкому діапазоні. Тим не менше, навіть високофункціональні аутисти протягом усього життя зберігають дефіцит соціальної компетентності і, як правило, не можуть існувати незалежно.

Аутизм зустрічається в усіх країнах світу, його поширеність не залежить від расової приналежності, етнічного складу населення, рівня матеріального благополуччя суспільства і соціального середовища.

Відповідно до інтегральних оцінок, поширеність аутизму становить - 1-2 на 1000 для аутизму і близько 6 на 1000 для РСА [1]. Проте, за деякими експертними оцінками, ці цифри можуть недооцінювати справжню поширеність РСА [2], зокрема поширеність загального розладу розвитку неуточненого (PDD-NOS згідно з діагностичними критеріями DSM-IV) оцінюється, як 3,7 на 1000, синдрому Аспергера, як 0,6 на 1000 [3]. Кількість зареєстрованих випадків аутизму різко зросла в 1990-х і на початку 2000-х років. Це збільшення в основному пов'язують з переглядом діагностичних критеріїв РСА і успіхами психоосвітньої роботи на макросоціальному рівні. Проте наявні данні не виключають можливості того, що справжня поширеність аутизму зросла [4].

Методи лікування аутизму розроблені недостатньо. Рання медико-соціальна реабілітація вважається ефективною формою терапії [5, 6, 7, 8]. Основними задачами терапії вважаються: нав'язування дитині комуніка-

ції, у тому числі полегшеної, усунення порушень перцепції, розвиток дрібної моторики, розвиток пізнавальних процесів, стимулювання розвитку емоційної когніції і соціальної перцепції, формування навичок соціального функціонування.

В відділі медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології обсяг втручань при наданні медико-соціальної реабілітації дітям хворим на аутизм та їх родинам стандартизовано, як по формах, так і по тривалості інтервенцій.

Ми пропонуємо родинам, що мають дитину хвору на аутизм програму медико-соціальної реабілітації, розраховану на щоденні терапевтичні інтервенції тривалістю 3-4 години (18-30 годин протягом тижня). Стандартний обсяг медико-соціальної реабілітації включає поетапне, а в разі потреби комбіноване проведення декількох реабілітаційних тренінгів. Ми виділяємо: а) тренінги сенсорної стимуляції та інтеграції, б) спеціалізовані когнітивні тренінги (загальної перцепції, наслідувальної діяльності, шкільних навичок), б) бихевіоральні тренінги, спрямовані на елімінацію небажаних форм поведінки, в) тренінги соціального функціонування (соціальної перцепції, емоційної когніції, елементарних навичок соціального функціонування (прийому їжі, особистої гігієни, спілкування з однолітками, використання побутових приладів, поведіння в класі і т.д.)). При необхідності (відсутності експресивної мови на перших її етапах розвитку) ми пропонуємо використовувати елементи методик альтернативної комунікації (полегшену комунікацію, ярлики, піктограми).

Переважну частину щоденних вправ з дитиною згідно з розробленою в УНДІ ССПН моделлю допомоги мають робити батьки. Складання, коректування індивідуальних програм медико-соціальної реабілітації дітей, навчання батьків технікам проведення тренінгів проводяться раз на 6 місяців під час тижневих реабілітаційних курсів співробітниками відділу медико-соціальних проблем терапії психічних УНДІ ССПН.

На першому етапі терапії дитини з розладами спектру аутизму основною задачею є усунення наслідків впливу психопатологічних розладів на психомоторний розвиток дитини.

Основними формами психосоціального втручання при роботі з наслідком психопатологічних розладів ми

вважаємо: а) нав'язування контакту з дитиною, б) подолання нейрофізіологічних порушень перцепції методами сенсорної стимуляції та інтеграції, в) вироблення уміння привертати увагу до елементів навколишнього середовища, особливо до соціальних стимулів, що є необхідним елементом процесу навчання, г) елімінацію патологічних, насамперед агресивних, форм поведінки за допомогою дитячо-батьківської поведінкової терапії, д) роботу з експресивною мовою, е) напрацювання уміння наслідувати іншим, ж) навчання грі іграшками відповідно їх призначенню, з) формування комунікативних навичок.

Сенсорна стимуляція та інтеграція забезпечуються при проведенні стимуляційних секвенцій — комплексів вправ, спрямованих на подолання порушень сенсорного сприйняття та зменшення частоти та інтенсивності аутоstimуляцій. Сенсорні секвенції плануються на підставі сенсорної діагностики індивідуально для кожної дитини. До секвенції вводяться тренінгові вправи, націлені на всі основні форми сприйняття: тактильне (стимуляція кистей рук, стіп, обличчя і ротової порожнини, поверхні тіла); зорове (вправи в затемненій кімнаті, стимуляція зору за допомогою яскравих предметів, локалізованих випромінювачів світла); нюхове (презентація різких і слабких нюхових подразників, у залежності від виду порушення чутливості: гіпо- чи гіперчутливості); вестибулярне (повороти тулубу, голови, перекиди, стрибки на пружній поверхні); смакове (презентація смакових подразників); пропріоцептивне (стимуляція глибокого суглобного почуття). Особливе значення має стимуляція слуху через поширеність у дітей із загальними порушеннями розвитку «тинітусів» — вушних шумів чи підвищеної слухової чутливості на окремі різновиди подразників.

Стимуляційні секвенції батьки мають проводити 2-3 рази на день. Зміст секвенцій потрібно переглядати щомісяця. Цю роботу проводить психолог, що має спеціальну підготовку з питань сенсорної інтеграції. При плануванні сенсорних секвенцій на наступних етапах реабілітації тренінгові вправи потрібно ускладнювати, вводити нові різновиди подразників.

При появі можливості привертання та принаймні нетривалого утримання зорової уваги дитини потрібно починати відпрацьовувати навички виконання нею простих інструкцій, а у секвенцію додатково вводити елементи когнітивного тренінгу (інформаційні біти, вправи на дужу моторику, зорово-моторну координацію, наслідування).

На другому етапі терапії дитини з розладами спектру аутизму метою лікування має бути досягнення максимального рівня когнітивного і соціального функціонування, забезпечення можливості самостійного існування.

Психосоціальне втручання на цьому етапі медико-соціальної реабілітації передбачає: а) діагностику рівня пізнавального функціонування і послідовне ускладнення навчання від секвенцій з окремими когнітивними вправами через додаткові реабілітаційно-педагогічні тренінги до індивідуальних навчальних програм, б)

вироблення комунікативних навичок, в) трансформацію навичок використання допомоги в самостійну діяльність, г) вироблення альтернативних форм взаєморозуміння при відсутності експресивної мови, д) формування окремих навичок соціальної взаємодії.

Когнітивні тренінги на цьому етапі медико-соціальної реабілітації проводяться батьками хворих дітей по індивідуальній програмі у вигляді щоденних коротких занять тривалістю 15–20 хв. При необхідності призначаються додаткові (1–2 рази на тиждень) індивідуальні заняття з фахівцями-дефектологами.

Завдання когнітивних тренінгів для дітей спектру аутизму мають бути індивідуальними відповідно до рівня їх когнітивного функціонування. На більш низькому рівні заняття мають бути спрямовані на розвиток наслідування, перцепції, дужої і дрібної моторики. При більш високому рівні когніції до тренінгів включаються вправи на розвиток зорово-рухової координації, пізнавальних функцій і мови. Вищому рівню складності, доступному лише частині дітей, відповідають тренінги емоційної когніції і соціальної перцепції. Ці тренінги мають на меті навчання дитини розумінню своїх і звернених емоцій: розумінню схематично зображених емоцій, градації почуттів, зв'язку емоцій із соціальними ситуаціями, оцінці і можливості передбачення емоційних реакцій інших людей, соціально сприйнятливим формам вираження емоцій, а також навичкам групової соціальної комунікації.

Медикаментозної терапії PCA приділяється обмежене, але усе-таки важливе місце [9-11, 12-13].

Агресивність в поєднанні з надбудованістю є одним із проявів розладів спектру аутизму і її діагностика у пацієнтів дитячо-підліткового віку розглядається багатьма дитячими психіатрами, як достатня підстава для застосування інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (SSRI) чи нейролептиків. З іншої сторони існує небезпека, що дитячі психіатри і батьки можуть використовувати психотропні препарати необгрунтовано широко, у тому числі з метою контролю над поведінкою, придушуючи за допомогою призначення нейролептиків і антидепресантів власний страх і безсилля перед поведінкою дітей з розладами спектру аутизму. Така практика, як показує наш клінічний досвід, поширена й в Україні, наприклад у Києві, де широке і не завжди обгрунтоване призначення дитячими психіатрами дітям і підліткам з порушеннями поведінки нейролептиків компенсує відсутність умов для проведення психолого-педагогічної корекції.

Поява атипичних антипсихотиків відкриває нові потенційні перспективи для медикаментозного лікування розладів спектру аутизму [9, 14-15, 16]. Можливі переваги цієї групи психотропних препаратів пов'язані: 1) із кращою, у порівнянні з конвенційними нейролептиками, переносністю; 2) зі здатністю не тільки не погіршувати, але навіть поліпшувати при тривалому застосуванні когнітивне функціонування дітей, збільшуючи можливості для соціальної реабілітації. На принципи доказової медицини спирається терапія

рисперидоном та арипіпразолом, рекомендовані для лікування РСА з шостирічного віку.

У відділі медико-соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології рисперидон у вигляді розчину для перорального застосування використовується при лікуванні агресивної, аутоагресивної поведінки та гіперактивності з руйнівною поведінкою у дітей з РСА з чотирьохлітнього віку. Лікування рисперидоном у дошкільнят починають з призначення 0,5 мг препарату на добу. Для того щоб уникнути виникнення піків концентрації і забезпечувати сталість терапевтичної концентрації антипсихотика в сироватці крові ми застосовуємо чотирих - шестиразовий прийом препарату у дітей у віці 3-6 років і 3-х кратний прийом у віці 6-10 років. Сиропована форма випуску рисперидону дозволяє дробове призначення невисоких (1–2 мг на добу) доз препарату. Початкову дозу препарату протягом 3-4 днів шляхом титрування слід збільшувати до досягнення мінімально - ефективною, але не вище 4 мг на добу, величини. За нашим досвідом середньодобова доза Рисперидону у дітей в віці 6-10 років становила $2,1 \pm 0,5$ мг, у дітей в віці до 6 років — $1,9 \pm 0,6$ мг на добу.

Психостимулянти (метилфенідат, атомoksetин) застосовуються в УНДІ ССПН для лікування порушень активності та уваги у дітей з РСА протягом двох останніх років. Ця терапія спирається на принципи доказової медицини та клінічні протоколи медичної допомоги, затверджені Міністерством охорони здоров'я України.

Рандомізовані дослідження, виконані в нашому відділенні [14-15] свідчать, що медико-соціальна реабілітація в сполученні з тривалою терапією низькими дозами рисперидону (1–3 мг на добу), метилфенідату (концерти) – 18–36 мг на добу чи атомoksetину (стратери) – 25–40 мг на добу ефективніше при корекції у дітей з розладами спектру аутизму порушень поведінки і перцепції, ніж мототерапія антипсихотиками, психостимулянтами та ізолювана медико-соціальна реабілітація. Комбінована терапія метилфенідатом чи атомoksetином з медико-соціальною реабілітацією має перевагу над комбінацією терапії рисперидоном з медико-соціальною реабілітацією з точки зору створення у дітей з порушеннями загального розвитку кращих передумов для мовного, когнітивного розвитку та подолання проблем у сфері комунікації і соціального функціонування.

Батьки дітей, що знаходилися на ізолюваній медико-соціальній реабілітації к кінцю 6-го місяця контрольного дослідження оцінювали якість свого життя [17], як нижчу, порівняно з батьками дітей, що отримували комплексну терапію.

Монотерапія рисперидоном, порівняно з традиційною медико-соціальною реабілітацією, дозволяла забезпечувати не менш високу якість життя дитини при більш низькій завантаженості батьків проблемами, пов'язаними з хворобою і терапевтичними заходами.

При комбінації терапії психостимулянтами та/чи

рисперидону з медико-соціальною реабілітацією ми спромоглися досягти найбільш високих показників якості життя дітей при меншій, у порівнянні з ізолюваною фармакотерапією чи медико-соціальною реабілітацією, завантаженості батьків проблемами, пов'язаними з хворобою. Але при цьому завантаженість діагностичними і терапевтичними заходами, пов'язаними з дитиною, батьки оцінювали як більш високу.

Таким чином, при плануванні допомоги дітям із розладами спектру аутизму медико-соціальну реабілітацію слід розглядати, як основну форму терапевтичної інтервенції. Сполучене застосування медико-соціальної реабілітації та терапії невисокими дозами рисперидону та психостимулянтами (метилфенідатом, атомoksetином) дозволяє прискорити психомоторний розвиток дітей з розладами спектру аутизму, домогтися редукції в них продуктивно-дизонтогенетичної симптоматики і досягти більш високого рівня когнітивного функціонування і якості життя.

Література:

1. Newschaffer C.J. / C.J. Newschaffer, L.A. Croen, J. Daniels // *Annu. Rev. Public Health.* - 2007. - V.28. - P.235–258.
2. Caronna E.B. *Autism spectrum disorders: clinical and research frontiers* / E.B. Caronna, J.M. Milunsky, H. Tager-Flusberg // *Arch. Dis. Child.* - 2008. - V.93. - № 6. - P.518–523.
3. Fombonne E. *Epidemiology of pervasive developmental disorders* / E.Fombonne // *Pediatr. Res.* - 2009. - V.65. - № 6. - P. 591–598.
4. *Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning* / M. // *Acta Paediatr.* - 2005. - V.94. - № 1. - P. 2–15.
5. Arnold L.E. *Assessment in multisite randomized clinical trials of patients with autistic disorder: the Autism RUPP Network* / L.E.Arnold, M.G. Aman, A. Martin et al. // *J. Autism Dev. Disord.* — 2000. — V. 30. — P. 99-111
6. Brown B. *Comparing PANSS, BPRS Results* / B. Brown // *Psychiatr. News.* — 2003. — V. 38 (13). — P.19-20.
7. *Clinical Practice Guideline: Report of the Recommendations. Autism/Pervasive Developmental Disorders, Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years).* — 1999. — P. 322.
8. Edward F. *Autism in the United States: a Perspective* / F.Edward, M.D.Yazbak, , F.A.A.P. // *Journal of American Physicians and Surgeons.* — 2003. —V. 8. — N. 4 — P. 103–107.
9. Henry W.M. *Psychopharmacology in Autism Spectrum Disorders* / W.M. Henry // *Curr. Opin Psychiatry.* — 2003. — V. 16 (5). — P. 529-534.
10. *Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders* / *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues* // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* — 1999. — V.38. - Suppl. 12 — P.55-76.
11. *Repligen Reports Positive Initial Results of Secretin Phase 2 Clinical Trial Multi-dose Therapy Produces Statistically Significant Improvement in Symptoms of Autism Using Parental Clinical Global Impression Scale.* // NEEDHAM, MA. — 2001.—V. 4 — P 32 – 45.
12. Yeargin-Allsopp M. *Prevalence of autism in a US metropolitan area* / M. Yeargin-Allsopp, C. Rice, T. Karapurkar et al. // *JAMA.* — 2003. — V.289. — P. 49-55.
13. Glick I.D. *Treatment with atypical antipsychotics: new indications and new populations* / I.D. Glick, S.R. Murray, P. Vasudevan et al. // *J. Psychiatr Res.* — 2001. — V.35. — P.187-191.
14. Марценковський І.А. Влияние рисперидона на когнитивное функционирование и эффективность медико-социальной реабилитации у подростков, больных шизофренией и детей с общими нарушениями развития / И.А. Марценковський, Я.Б. Бикиаева // *Архив психиатрии.* — 2001.- В. 1. - С. 129-136.
15. Марценковський І.А. Психрофармакотерапія порушеного об'єктивного розвитку у дітей / И.А. Марценковський, Я.Б. Бикиаева, А.В. Дружинская // *Архив психиатрии.* — 2004.- В.6. - С. 21-25.

16. *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition // APA. – Washington D.C., 1994.*

17. *Дмитрієва Т.Н. Опыт применения опросника для оценки качества жизни детей и подростков с психическими расстройствами (пилотное исследование) / Т.Н. Дмитриева, И.В. Дмитриева, Е.Н. Каткова и др. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — № 4. — С. 39–42.*

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕКТРА АУТИЗМА

И.А. Марценковский

В статье обсуждаются особенности психофармакотерапии и реабилитации психомоторного, когнитивного и социального функционирования детей с нарушениями общего развития. Лечение детей с нарушениями общего развития должно опираться на медико-социальную реабилитацию в сочетании с длительной терапией рisperидоном или метилфенидатом/ атомоксетином в низких дозах.

Ключевые слова: расстройства спектра аутизма, реабилитация, метилфенидат, рisperидон, атомоксетин

GENERAL PRINCIPLES OF TREATMENT OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

I.A. Martsenkovskiy

In article opportunities principles of psychopharmacotherapy, medical and social rehabilitation of psychomotor, cognition and social functioning of children with PDD. Treatment of children with should base on medical-social rehabilitation connected with long-term therapy of risperidon or metylfenydat / atomoksetyn in small dozes

Keywords: autism spectrum disorders, rehabilitation, methylphenidate, risperidone, atomoksetin

УДК 616.89

С.І. Осташко¹, О.В. Терещенко¹, С.І. Табачников², І.А. Марценковський² ВПЛИВ ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ НА ЯКІСТЬ ТА ДОСТУПНІСТЬ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В УКРАЇНІ

Департамент охорони материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України¹
Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,
м.Київ²

Ключові слова: економічна криза, охорона психічного здоров'я дітей, первинна медична допомога

Системи охорони психічного здоров'я дітей у розвинених країнах світу переживають черговий етап свого становлення, пов'язаний із переглядом самої парадигми їхньої побудови, перенесенням акценту із соціальної реабілітації та інклюзії на профілактику, створення на рівні громад ефективних систем підтримки психологічного благополуччя, виховання здорового способу життя. Напрямки розвитку профілактичного напрямку в системі охорони психічного здоров'я дітей зафіксовані у Флорентійській декларації, прийнятій 29 серпня 2007 року, на XIII конгресі Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії й підтримані резолюціями Європейського бюро ВООЗ та Європейської академії дитячої та підліткової психіатрії.

В 2010 році послугами спеціалізованої психіатричної допомоги для дітей скористалися 214 297 (2,7 %) мешканців України дитячого віку. Психічні розлади у дітей становили 18,3 % всієї психіатричної захворюваності.

Світова економічна криза значуще впливає на якість та доступність психіатричної допомоги в країнах європейського регіону. Про це зокрема свідчать результати оприлюдненого в 2011 спеціального дослідження Європейського регіонального бюро ВООЗ, проведеного в 39 країнах Європи.

По-перше, психіатрична стигма, сама по собі, істотно обмежує конкурентноспроможність споживачів психіатричної допомоги та членів їх родин на

ринку праці. Економічна криза в країнах регіону супроводжувалася зростанням безробіття і, як наслідок, зростанням конкуренції за робочі місця. Зростаюча конкуренція в першу чергу зачепила уразливі групи населення, передусім осіб з обмеженими можливостями і розладами психіки, батьків дітей з особливими потребами, молоді із психічними розладами, що досягла працездатного віку.

По-друге, бюджетні проблеми у всіх європейських країнах змусили деякі з них переглянути витрати на соціальне забезпечення осіб з обмеженими можливостями, в тому числі виплати з інвалідності. Оскільки близько 20-40% людей, які отримують таку допомогу, згідно з оцінками ВООЗ страждають психічними розладами, ця група, на думку експертів, постраждала у фінансовому плані найбільше.

По-третє, соціальна підтримка, що надається особам із психічними розладами в громадах виявилася дуже вразливою в умовах економічної кризи, оскільки капіталовкладення і постійні витрати в цій сфері завжди були відносно низькими та фінансувалися з місцевих бюджетів. У 2009 – 2010 роках відповідно до звіту ВООЗ уряди багатьох країн Європи зіткнулися з вимушеними скороченнями обсягів фінансування у сфері охорони здоров'я. Особливо постраждали програми, що фінансувалися громадами.

В Україні фінансування психіатричної допомоги